A Monsieur le Professeur Brouardel,
Doyen de la Faculté de Médecine
très respectueux hommage d'un
élève tout dévoué

E. Rondot

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. ÉDOUARD RONDOT

AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, MÉDECIN DES HOPITAUX
DE BORDEAUX



BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI
91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1892

TITRES UNIVERSITAIRES

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS (Janvier 1878).

AGRÉGÉ (section de pathologie interne et de medecine légale) du concours de 1879, rappelé en exercice depuis le 1er novembre 1891 jusqu'au 1er novembre 1892

FONCTIONS REMPLIES DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

AGRÉGÉ DES FACULTÉS DE MÉDECINE (section de pathologie interne et de médecine légale); nommé après concours le 21 avril 1880.

CHARGÉ D'UN COURS COMPLÉMENTAIRE DE PERCUSSION ET D'AUSCULTATION, nommé par arrêté ministériel du 30 mars 1885.

CHARGÉ DU MÊME COURS COMPLÉMENTAIRE pour 1885-86, nommé par arrêté ministeriel du du 21 octobre 1885.

CHARGÉ D'UNE CONFÉRENCE DE PATHOLOGIE INTERNE : PERCUSSION ET AUSCULTATION, pour l'annee scolaire 1886-87.

CHARGÉ DE LA MÊME CONFÉRENCE, pour l'année scolaire 1887-88.

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS, 1889.

CHARGÉ DE LA SUPPLÉANCE DU COURS DE THÉRAPEUTIQUE, pendant le semestre d'hiver 1891-92.

ENSEIGNEMENT FAIT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

ANNÉE 1884-85. — COURS COMPLÉMENTAIRE DE PERCUSSION ET D'AUSCULTATION (Maladies des voies respiratoires).

ANNÉE 1885-86. — COURS COMPLÉMENTAIRE DE PERCUSSION ET D'AUSCULTATION (Maladies du cœur et des vaisseaux, etc.).

ANNÉE 1886-87. — CONFÉRENCE DE PATHOLOGIE INTERNE : PERCUSSION ET AUSCULTATION.

ANNÉE 1887-88. — CONFÉRENCE DE SÉMÉIOLOGIE : PERCUSSION ET AUSCULTATION.

ANNÉE 1889. — COURS COMPLÉMENTAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS.

ANNÉE 1891-92. — SUPPLÉANCE DU COURS DE THÉRAPEUTIQUE : (40 leçons).

TITRES HOSPITALIERS

Externe et interne des hopitaux d'Angers (nommé après concours), 1869-72.

Lauréat de deuxième année et prix Mame.

Externe des hopitaux de Paris (concours de 1872), attaché au service de médecine de Fauvel, à l'Hôtel-Dieu, 1873.

Interne des hopitaux de Paris (concours de 1873), pendant quatre ans :

Salpétrière : service de Trélat père (aliénées), 1874 ;
Enfants malades : service d'Archambault (médecine), 1874 ;
Maison Dubois : service de Demarquay (chirurgie), 1875 ,
Hotel-Dieu : service de Fauvel (médecine), 1876-1877.

Médecin des hopitaux de Bordeaux : nommé au concours en 1882, actuellement médecin en chef de l'Hospice des vieillards depuis 1888.

Services militaires volontaires : Aide-chirurgien de la Société de secours aux blessés pendant le siège de Paris ; attaché à la quatrième ambulance volante.

TITRES ACADÉMIQUES OU AUTRES

Officier d'académie, 1889.

Membre correspondant de la Société d'anatomie de Paris, depuis 1877.

Membre fondateur de la Société d'hygiène de Bordeaux, secrétaire-général adjoint depuis sa création (1881).

Membre de la réunion médico-chirurgicale des hopitaux et hospices de Bordeaux (1882-92).

Membre fondateur de la Société d'anthropologie de Bordeaux.

Membre de l'Association des médecins de la Gironde et de la Sarthe.

Médecin inspecteur des écoles communales.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ces travaux sont analysés dans quatre chapitres comprenant :

1° la Thérapeutique ;

2° la Pathologie et la Clinique médicales ;

3° l'Anatomie pathologique ;

4° l'Hygiène.

Un certain nombre de Mémoires contiennent des recherches originales se rapportant à des chapitres différents; j'ai dû, pour cette raison, reproduire leur titre dans chacune des divisions précédentes qui les concernent.

THÉRAPEUTIQUE

Je résume successivement dans ce chapitre :

1° Les mémoires originaux et les leçons portant exclusivement sur des sujets de *thérapeutique*;

2° Les parties de mes autres travaux consacrés au *traitement* des maladies où se trouvent exposés, dans un chapitre spécial, des indications nouvelles ou mieux précisées, ainsi que les moyens que j'ai mis en œuvre ou que je préconise pour les réaliser. C'est ainsi, pour n'en citer qu'un seul, que je consacre une étude complète à la *thoracentèse* dans les *pleurésies hémorrhagiques* à la fin de mon travail de l'année dernière sur les *pachypleurites hémorrhagiques*;

3° Les *quarante* leçons du *Cours* de *thérapeutique* professées pendant le premier semestre de 1891-92 en remplacement de M. le Professeur de Fleury;

4° Les recherches personnelles que j'ai fait connaître à l'occasion de cet enseignement.

MÉMOIRES ORIGINAUX

La Pilocarpine. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1881, page 679.

Dans la première partie de ce mémoire, après avoir exposé les principales propriétés physiologiques de la pilocarpine et insisté spécialement sur son action sudorifique, j'appelle l'attention sur

les précautions et les réserves que doit imposer son influence sur les contractions du cœur.

J'examine ensuite ses indications et ses applications cliniques.

Dans les états morbides avec sécheresse buccale, les stomatites aiguës, les angines simples ou pseudo-membraneuses, l'érysipèle du pharynx, les diabètes et surtout l'angine diphtéritique, elle peut être utilement employée; en ce qui concerne la diphtérie pharyngée, j'analyse un cas de guérison rapporté par Lereboullet, et je montre qu'en plus de la part de succès à attribuer au traitement général, les injections de pilocarpine ont amené le rejet des fausses membranes et fait avorter toute menace d'asphyxie.

Son action sur les sécrétions pancréatique et biliaire est également la source d'applications utiles dans le diabète maigre, dans certains états morbides de l'estomac, dans la colique hépatique.

A propos du traitement des néphrites, je fais ressortir ses indications dans l'*urémie*, principalement lorsqu'il faut écarter le danger des manifestations stomacales et j'ai même montré que les phénomènes convulsifs de l'intoxication se sont plusieurs fois dissipés à la suite de son administration (Hamilton).

Comme dérivatif et modérateur de l'élimination de l'urée, le même médicament doit être utilisé dans le diabète azoturique, pour diminuer la polyurie et enrayer la dénutrition des tissus.

J'examine ensuite les résultats favorables qu'il a donnés dans les pleurésies, où je mets surtout en garde contre son actoin cardiaque, qui pourrait être dangereuse dans les grands épanchements du côté gauche.

Les nombreux états morbides qui surviennent à la suite des refroidissements en justifient l'administration. Il en est de même d'un certain nombre de maladies cutanées : les exanthèmes qui sortent mal, les dermatoses rebelles, et enfin l'alopécie.

L'acide phénique dans la fièvre typhoïde; avantages et dangers; contre-indications. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1881, page 996.

J'ai eu surtout pour but, après avoir présenté les variations que subissent les phénomènes morbides et l'évolution de la fièvre typhoïde sous l'influence du traitement phéniqué, de faire le parallèle des avantages et des dangers qu'il entraîne, et de mettre en relief un certain nombre d'accidents sur lesquels aucune étude n'avait encore été publiée.. De ce nombre sont les symptômes intestinaux et broncho-pulmonaires, qui peuvent à eux seuls augmenter considérablement les menaces et les altérations existant déjà par le seul fait du processus typhique.

La première partie comprend les modifications apportées dans les symptômes et dans la marche de cette pyrexie par l'emploi de l'acide phénique.

Sans retracer ici toutes les particularités que j'ai resumées d'après de nombreuses observations, je mentionnerai surtout l'étude complète que j'ai faite des variations de la température, et dont l'analyse m'a conduit à mettre en évidence une modalité générale à peu près de règle chez tous les malades. On constate en effet que la réfrigération n'est que très passagère, qu'elle est souvent suivie d'une phase de tolérance assez mal définie, ainsi que d'une ascension thermique consécutive malgré l'accumulation des doses du médicament.

De plus, l'hypothermie ne saurait être attribuée aux sueurs profuses que provoque l'acide phénique, puisqu'elle n'est pas moins prononcée après qu'on a suspendu la sécrétion sudorale par l'administration du sulfate d'atropine.

Le second chapitre concerne les *accidents* imputables à cette médication : ils peuvent être *locaux* ou *généraux*.

Au nombre des premiers, je signale la diarrhée, les coliques avec ténesme, les symptômes dysentériques s'accompagnant parfois d'une hémorrhagie plus ou moins abondante, et qui surviennent presque aussitôt après l'absorption d'un lavement phéniqué, sans que les doses aient dépassé celles qu'on prescrit

d'habitude; et chez certains malades, tous ces signes se sont reproduits à la suite de chacun de ces lavements.

J'ai fait ressortir le danger de cette *colite* au point de vue des phénomènes pénibles qu'elle détermine et surtout des craintes qu'elle peut faire concevoir au sujet de la résistance des tuniques intestinales qui sont le siège d'ulcérations. On ne saurait se dissimuler le danger d'une *perforation* chez des malades dont les lésions sont assez profondes et chez lesquels l'exagération des contractions de l'intestin doit être évitée à tout prix. Et pour montrer qu'il ne s'agit pas là d'une simple hypothèse, je cite deux observations où cette complication a été relevée au cours d'un traitement phéniqué.

Du côté de l'appareil respiratoire, j'ai montré que l'élimination de l'acide phénique peut augmenter les phénomènes congestifs et toutes les altérations broncho-pulmonaires qui font partie de la symptomatologie de la fièvre typhoïde. Aussi doit-on rejeter les préparations phéniquées aussi bien dans les formes thoraciques de cette pyrexie, que dans celles où la parésie cardiaque permet de redouter l'explosion d'accidents redoutables dans le domaine de la circulation pulmonaire.

Je crois que ces vues ont été adoptées depuis par la grande majorité des cliniciens. Elles étaient citées la même année par le professeur G. Sée et par Bouchardat.

Dans le tableau des accidents généraux j'ai successivement envisagé les deux grands aspects de l'intoxication telle qu'on l'a signalée dans le cours de la dothiénentérie. C'est d'une part la forme *convulsive* cadrant assez exactement avec l'empoisonnement par la strychnine (Raymond), et s'accompagnant d'hypothermie, de polyurie, de mélanurie, etc; c'est d'autre part une forme *syncopale*, peut-être plus rare et dans laquelle on observe tous les signes de la paralysie du cœur, avec petitesse et fréquence extrême du pouls, etc.

On comprend que, tous ces accidents, souvent impossibles à prévoir, doivent rendre très circonspects dans l'administration de l'acide phénique chez les typhiques et imposer la fixation de doses minima dès le début du traitement.

Je termine en formulant les deux contre-indications suivantes :

1° on devra s'abstenir quand les lavements provoquent des coliques avec ténesme, etc ; la menace d'une perforation contre-indique toute médication qui peut amener des contractions violentes de la tunique intestinale ulcérée ;

2° on devra s'abstenir ou n'agir qu'avec une grande circonspection dans les formes thoraciques de la maladie, ou quand l'état du cœur et des bronches constitue une tendance à la congestion des poumons.

Les injections intra-veineuses d'eau salée dans le choléra. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1884, page 382.

Dès les premières menaces du choléra, en 1884, j'ai publié cette étude critique à l'aide des faits consignés dans les publications médicales, des documents rapportés dans la thèse inaugurale de M. le professeur Viault et des recherches d'Hayem, de Potain, et de Kronecker qui paraissaient également au cours de cette même année 1884; et j'ai voulu condenser dans un travail d'ensemble les données les plus importantes que comportait ce sujet de thérapeutique, en lui donnant pour base les observations des cholériques traités par cette méthode ainsi que les acquisitions les plus récentes de l'hématologie clinique.

Après un résumé sur l'historique de cette question et ses débuts en Russie et en Ecosse, où furent enregistrées ses plus heureuses applications, j'ai examiné dans des chapitres différents les résultats obtenus par tout ceux qui ont employé ces injections dans le choléra, et les complications auxquelles elles ont donné naissance.

De cet examen des faits, se dégagent plusieurs notions essentielles, dont la première consiste dans l'*innocuité* des injections aqueuses chez les cholériques. Beaucoup de malades leur ont dû la *guérison*, et de l'étude de leurs observations, j'ai fait ressortir un certain nombre de particularités cliniques pour lesquelles je

citerai : le relèvement des forces malgré la persistance des évacuations et le retour des phénomènes d'absorption du côté de la muqueuse gastro-intestinale.

Enfin, les *complications* telles que la phlébite, l'entrée de l'air dans les veines, l'engorgement aqueux des viscères sont également l'objet d'une exposition détaillée, et sont le point de départ d'un certain nombre de précautions que j'indique à l'occasion du manuel opératoire.

Le choix des liquides employés chez les malades et des solutions que préconisent un certain nombre d'auteurs fait l'objet d'une description spéciale : j'y énumère les formules qui semblent appelées à donner le plus de succès dans la pratique et dont la composition repose sur une base physiologique : telles sont celles de Dujardin-Beaumetz et d'Hayem, et qu'il est facile d'obtenir pour les rendre à la fois efficaces et inoffensives.

Je cherche ensuite à préciser les chances de réussite en mettant à profit les recherches récentes d'hématologie et de médecine expérimentale, et j'étudie tous les détails afférents à l'*opération* : précautions antiseptiques, température du liquide aux environs de la température physiologique du corps, choix des appareils dont le plus simple paraît pouvoir être constitué par un récipient en verre gradué muni d'un tube, manuel opératoire, etc.

Pratiquée comme opération d'urgence, l'injection intra-veineuse comporte l'introduction d'une assez grande quantité de liquide, et doit être renouvelée aussitôt qu'apparaissent les premières menaces d'un retour d'algidité. En me basant sur les travaux d'Hayem, je crois pouvoir fixer entre 1000 et 1500 grammes la quantité de sérum à introduire dans la circulation pour restituer au sang toute sa fluidité : l'examen chromométrique de l'hémoglobine et la numération globulaire peuvent seuls permettre d'assurer la proportionnalité de l'injection à la concentration du sang.

Je conseille d'utiliser en même temps les injections sous-cutanées d'eau salée et les lavements de sérum artificiel qui paraissent avoir été plusieurs fois absorbés à la suite des injections intra-veineuses.

J'indique enfin l'intérêt que comporte cette médication employée non-seulement à la phase terminale du choléra, mais encore aux

autres périodes comme méthode *curative*, rationnelle et facile.

Ce serait une thérapeutique parfaitement justifiée par la nécessité de réparer les pertes du sérum sanguin, de combattre la destruction des globules consécutive à la concentration du sang, et de prévenir l'acidité de ce liquide plusieurs fois constatée par les membres de la mission française en Egypte.

L'essence de térébenthine dans le traitement de l'empoisonnement aigu par le phosphore. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, et tirage à part, 1886.

Dans la première partie de ce travail, je rapporte d'abord les observations de *guérison* au nombre de 18, à la suite de l'absorption d'essence par la voie stomacale ; je cite un fait personnel où l'empoisonnement évolua sous forme d'un ictère grave et fut traité pendant 42 jours par l'essence de térébenthine. J'y relate les variations des chiffres de l'urée, celles de la température, les examens du sang, etc.

En second lieu, je cite des faits de guérison à la suite des inhalations et des frictions d'essence.

J'examine ensuite dans quelles proportions de succès peuvent agir les autres modes de traitement, et je montre que les guérisons se sont montrées à peu près indépendantes des vomissements.

Les *observations contradictoires* sont ensuite passées en revue et permettent de reconnaître ou que l'essence a été donnée tardivement, ou bien que, en plus de la même raison, une grande partie en a été rejetée par les vomissements. Je cite également à l'appui un fait personnel.

Après avoir établi ce bilan thérapeutique chez l'homme, j'examine les expériences entreprises dans les laboratoires pour démontrer l'action de l'essence dans le phosphorisme, et je conclus de leur ensemble qu'elles sont assez probantes pour entraîner la conviction sur l'efficacité du traitement.

C'est à l'aide de ces documents que j'ai pu retracer l'histoire de l'empoisonnement par le phosphore, modifié par le traitement

térébenthiné. Et de cette étude de thérapeutique clinique, j'ai fait plus particulièrement ressortir que les manifestations de l'état général sont notablement atténuées, que l'essence entrave les altérations globulaires, qu'elle renforce l'action du cœur, s'oppose au ralentissement du pouls; qu'elle tend enfin, chez l'homme comme chez les animaux, à ramener l'excrétion de l'urée à son taux normal et qu'elle combat la tendance à l'algidité en augmentant la température.

Dans un dernier chapitre, j'étudie les modes d'administration de ce médicament, en partant de cette indication que le phosphorisme doit être combattu à toutes ses périodes.

L'action *antidotique* d'où résulte la formation de produits peu toxiques a d'autant plus de chances de se produire qu'on intervient plus tôt.

Lorsque le phosphore est absorbé, c'est à son action *curatrice* que l'essence doit ses succès, en modérant les actes morbides de l'intoxication qui guérit au lieu d'être mortelle.

En maintenant l'économie sous l'influence du médicament, on a plus de chances d'éviter les rechutes.

Les doses *moyennes* ont été de 4 à 5 grammes par jour; il est préférable de les porter à 10 grammes dans les 10 premières heures.

Elles seront diminuées quand on n'aura plus l'espoir de neutraliser le poison dans l'estomac ou dans l'intestin.

L'essence commune oxygénée qu'on trouve partout doit être préférée. Les capsules et les pilules offrent l'avantage d'être mieux tolérées par l'estomac; on peut enfin recourir aux lavements ainsi qu'aux inhalations.

Parmi les *moyens adjuvants*, je cherche à démontrer dans quelle mesure on doit provoquer les vomissements. Si l'on donne un vomitif après l'ingestion du phosphore, on ne saurait affirmer que tout le poison sera rejeté; l'essence prescrite à ce moment ne pourrait être ingurgitée avant la disparition de la tendance nauséeuse; elle n'arrivera dans l'estomac qu'après qu'une bonne dose de phosphore aura été livrée à l'absorption. Si l'empoisonnement remonte à quelques heures, le vomissement n'emportera qu'une minime quantité de phosphore, et l'on aura perdu un

temps précieux. Je conclus donc à l'administration constante de l'essence à doses d'autant plus massives qu'on est plus près du début de l'ingestion; les vomitifs ne doivent venir qu'en second lieu, après que la réaction neutralisante a dû se produire, et même, ils seraient avantageusement remplacés par l'aspiration au moyen d'un tube en caoutchouc dont l'emploi permettrait de faire agir sans danger sur le contenu stomacal de plus grandes quantités d'essence.

J'insiste enfin sur la nécessité de veiller sur la sécrétion rénale et d'assurer la diurèse, car on a plusieurs fois noté que l'amélioration coïncide avec l'augmentation des urines, et de plus il est urgent d'éviter la rétention des matériaux destinés à être éliminés. Le lait doit être proscrit au début, mais trouve ensuite son application aussi bien comme aliment que comme diurétique; et dans la seconde période, il permet de soutenir les malades tout en combattant les altérations stomacales.

Enfin, l'on dirigera contre l'anémie aiguë les moyens appropriés, et en particulier, les toniques et les ferrugineux.

Toutes ces données sont résumées à la fin de ce travail sous forme de conclusions.

Le sublimé à petites doses dans le traitement de la fièvre typhoïde. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, décembre 1887.

J'ai cherché en donnant le sublimé dans les maladies infectieuses et en particulier dans la fièvre typhoïde, à répondre à l'une des indications de l'*antiseptie générale*, celle de ralentir le fonctionnement des microbes et d'annihiler dans une certaine mesure leurs sécrétions toxiques. Et je suis parti de ce principe, affirmé par l'école de Bouchard, qu'en diminuant considérablement la dose minima des antiseptiques, on peut encore entraver efficacement le développement et le fonctionnement des organismes infectieux. Le sublimé qui combat avec succès le bacille d'Eberth en solution au 20 millième (Chantemesse, Vidal), est donc encore capable d'exercer une action très appréciable en solutions deux ou trois fois moins fortes.

Je l'ai administré dans une potion alcoolisée contenant de l'extrait de quinquina, concurremment avec le lait écrémé, du bouillon, de la limonade vineuse, et de faibles doses de sulfate de quinine, de façon à remplir l'indication de ralentir le mouvement de désintégration sans diminuer les oxydations (A. Robin).

Il est évident que l'alcool et le quinquina ont une part importante dans les résultats, surtout au point de vue de l'état général.

Sur 23 cas, j'ai obtenu 21 guérisons : les deux décès appartiennent à des malades qui n'ont été soignés qu'à une période très avancée.

La fièvre typhoïde m'a paru : 1° se raccourcir dans son évolution ; 2° s'atténuer dans ses expressions symptômatiques surtout en ce qui concerne la durée et l'intensité du mouvement fébrile.

La *durée* moyenne a été de 15 jours et a varié dans les limites de 12 à 20 jours.

La convalescence assez rapide, s'est faite au milieu d'un état général très satisfaisant ; j'ai noté une rechute.

Les modifications de la *fièvre* reposent sur les données thermométriques relevées dans les cas exempts de complications.

Le cycle fébrile s'est abaissé à un niveau bien inférieur à celui qu'on constate habituellement ; mais je n'ai pas relevé ces détentes brusques observées avec les doses classiques de sublimé, dont l'emploi a donné 5 morts à Greifenberger.

Une condition essentielle du succès est d'intervenir à une époque rapprochée du début, avant l'apparition des taches rosées.

J'examine ensuite les particularités relevées sur les tracés en les comparant aux courbes classiques.

Puis j'étudie l'influence du traitement sur les rechutes sur laquelle il serait prématuré de se prononcer.

Au sujet de la *symptomatologie*, je n'ai pas relevé de modifications imputables au traitement. L'absence de manifestations buccales a fait aussi bien défaut chez les typhiques que chez les autres malades que j'ai soigné par les petites doses de sublimé.

La sécheresse de la bouche s'est même dissipée plusieurs fois et j'ai vu une poussée de muguet disparaître en quelques jours.

Passant en revue tous les appareils, je montre qu'une hémorrhagie intestinale survenue dans un cas ne saurait être imputée au traitement, car on ne l'a jamais signalée après l'administration de doses bien supérieures. Je l'ai néanmoins suspendu.

D'autres complications se sont montrées, surtout du côté des organes respiratoires sous forme de bronchite intense ou de pneumonie. Le cœur a été sérieusement intéressé dans trois cas, car j'ai constaté deux fois de l'endocardite, une endo-péricardite intense, et une fois de la myocardite, pour lesquels les résultats de la digitale ont été très favorables.

Les urines ne se sont pas modifiées, sauf dans un cas où l'albumine qu'elles contenaient disparut au troisième jour du traitement.

Cette étude est condensée dans des conclusions où j'indique que le sublimé à petites doses peut rendre des services dans la fièvre typhoïde sans entraîner d'accidents imputables au traitement mercuriel.

Ce composé s'adresse probablement aux produits du fonctionnement des microbes, et devrait être associé au naphtol pour réaliser l'antiseptie de l'intestin.

Les indications symptomatiques doivent être remplies au moyen des médicaments appropriés.

L'Antipyrine dans les maladies de l'enfance. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux* et tirage à part, 1889.

J'ai employé l'antipyrine en me guidant sur les données de la médecine expérimentale et en divisant ses applications suivant qu'on observe ou non de l'élévation de la température. C'est en me reportant aux recherches de Ch. Richet, que j'ai comparé la différence si marquée des résultats que donne ce médicament si difficile à manier dans toutes les maladies fébriles, tandis qu'on peut l'administrer à haute dose d'une manière continue aux enfants dont la température reste normale, sans provoquer d'accidents d'intolérance; et j'ai cru trouver les raisons de cette différence d'action dans cette particularité mise en relief par

MM. Ch. Richet et Saint-Hilaire à propos des degrés que présente la toxicité des substances médicamenteuses suivant les variations de la température du corps. C'est en me basant sur ces résultats que j'ai montré les dangers de l'antipyrine dans l'hyperthermie et que l'ai employée à des doses bien inférieures à celles qu'on prescrit en dehors de la fièvre.

Dans un premier chapitre, je l'étudie comme *sédatif des actes réflexes*, dans la *chorée*, la *coqueluche*, la *toux coqueluchoïde*, l'*asthme*, les *convulsions*, surtout celles de la dentition.

Pour la *chorée*, à côté de résultats heureux j'ai cité trois faits d'insuccès dans lesquels les enfants sont demeurés réfractaires à l'action de l'antipyrine, administrée en moyenne à la dose de 3 grammes par jour.

J'ai de plus remarqué, au cours de ce traitement, que l'antipyrine n'avait eu aucune influence pour entraver l'apparition ou l'évolution de certaines maladies infectieuses, telles que la scarlatine, les oreillons.

Dans la *coqueluche*, où je prescrivais des doses de 10 centigr. par année répétées trois fois par jour, en les diminuant s'il existait de la fièvre ou des symptômes d'affaiblissement cardiaque, j'ai noté la diminution du nombre des quintes, surtout de celles de la nuit, dès le début du traitement; la durée de la période spasmodique m'a paru ne pas dépasser une moyenne de vingt à trente jours.

L'action de l'antipyrine dans la *toux coqueluchoïde* est une des plus remarquables que j'aie observées, et je cite un fait où dans le cours d'une adénopathie trachéo-bronchique, un jeune garçon qui présentait des quintes fréquentes avec cyanose, sans la reprise de la coqueluche, fut débarrassé en trois jours du caractère quinteux et asphyxique de sa toux par l'administration quotidienne de 75 centigr. de ce médicament.

Dans l'*asthme* et les *dyspnées* la même influence favorable se retrouve à des degrés très divers.

Les attaques de suffocation sont très rapidement amendées, dans le cours de l'adénopathie trachéo-bronchique ; et les dyspnées de la tubercolose pulmonaire sont également très atténuées avec des doses qui n'agissent pas sur le mouvement fébrile.

Pour les *convulsions*, des doses de 10 à 25 centigr. en potion chez les enfants au dessous de deux ans, m'ont donné de bons résultats : j'ai cité un exemple prouvant qu'on peut obtenir la sédation des accidents nerveux sans modification de la température.

Au second chapitre, concernant son administration dans les *maladies fébriles*, j'insiste sur les inconvénients et les dangers qu'elle peut entraîner, et sur les incertitudes de la fixation des doses, qui doivent toujours être très modérées. Me fondant sur les recherches chimiques de Albert Robin, j'en rejette l'emploi dans les pyrexies et surtout la fièvre typhoïde des enfants.

Les grandes dépressions thermiques qu'elle entraîne ne sont que trop souvent la préface du collapsus.

J'examine ensuite les résultats qu'elle m'a fournis dans les *tuberculoses* et dans le *rhumatisme articulaire aigu*.

Avec des doses de 50 centigr. à 1 gramme, en solution ou en potion qu'on administre de deux en deux heures, on voit diminuer la dyspnée, et la température vespérale s'abaisse légèrement, mais suffisamment pour amener le repos de la nuit. J'ai obtenu surtout des résultats avantageux dans la *fièvre de la résorption* que les salicylates n'étaient point parvenus à atténuer.

Chez les rhumatisants, l'antipyrine a été supérieure aux salicylates pour calmer les douleurs; elle a diminué la température, sans modifier l'état du cœur.

J'ai toujours eu soin de m'assurer du fonctionnement des reins, aussi bien avant de commencer l'administration du médicament, que pendant tout le cours du traitement.

Traitement de la Diphtérie par l'antiseptie locale et générale au moyen du bichlorure de mercure. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, et tirage à part, 1889.

J'ai consigné dans ce travail les résultats donnés par ce traitement sur 49 malades de l'Hôpital des Enfants, et j'en attribue les succès à ce qu'il répond aux grandes indications que les travaux de MM. Roux et Yersin nous ont permis de formuler.

Le traitement *local* est réalisé par des attouchements de la gorge avec une solution de sublimé au 1/500 acidulée par l'acide tartrique; le tampon doit être soigneusement passé sur la gouttière glosso-épiglottique pour éviter la propagation des fausses membranes au larynx.

En répétant l'opération toutes les deux heures, avec la précaution d'éviter les excoriations, on épargne aux jeunes sujets les souffrances et les luttes que nécessitent les cautérisations telles que les pratique Gaucher.

J'emploie ce traitement local dans tous les cas d'angine, avec ou sans fausses membranes, sachant que le croup peut succéder à des inflammations de la gorge dans lesquelles les exsudats sont susceptibles de manquer ou de passer inaperçus.

En même temps les fosses nasales et la bouche sont soumises à des pulvérisations d'une solution d'acide salicylique à $\frac{1}{100}$

Les malades sont plongés dans une atmosphère de vapeur d'eau, tenant également en dissolution de l'acide salicylique.

Je cherche à obtenir *l'antiseptie générale* au moyen de l'absorption de petites doses de bichlorure de mercure, qui, sans avoir la prétention d'annihiler les microbes de Klebs et Loffler dont la pullulation dans le sang n'est que très passagère, peut néanmoins entraver les secrétions toxiques qui s'en dégagent. Chez tous les malades soumis dès le début à l'ingestion du bichlorure, les phénomènes d'infection générale sont restés nuls ou très atténués.

La médication tonique et les moyens capables d'assurer l'élimination rénale (lait, benzoate de soude) et de relever l'action du cœur sont concurremment prescrits.

Voici, du reste, la statistique des faits que j'ai observés : sur 24 enfants non trachéotomisés, atteints de diphtérie pharyngée, dont 9 ont présenté de la laryngite, et 3 du tirage sus et sous-sternal, j'ai eu 20 guérisons : parmi les insuccès, 3 appartiennent à des diphtéries hypertoxiques, soignées à la dernière période, et un à la stéatose du cœur constatée à l'autopsie.

Ceux de mes petits malades qui ont été trachéotomisés, au nombre de 25, ont présenté 10 guérisons : j'ai continué le même traitement après l'opération, l'atténuation des symptômes de

sténose laryngée ne devant pas faire négliger la lutte contre l'empoisonnement diphtéritique.

Ces résultats ont été consignés dans la thèse de mon interne, M. Gaube. *(La diphtérie à l'hôpital des Enfants de Bordeaux;* thèse de Paris, 1890.

L'Antipyrine. — Leçons tirées du Cours de thérapeutique professé en remplacement de M. le professeur de Fleury, 1892.

Après avoir exposé les propriétés physiques et chimiques de l'antipyrine, les voies d'absorption, le mode d'élimination, les doses et les formes pharmaceutiques, je passe à l'étude *physiologique* du médicament envisagée dans ses applications à la clinique, faisant toujours le parallèle de ce qu'on observe chez les animaux avec les phénomènes qu'on rencontre chez l'homme.

J'examine successivement son action sur l'encéphale et sur la moëlle épinière. A propos des variations du pouvoir réflexe, j'établis une division en deux périodes : la première de *paralysie*, la seconde, d'*excitation* ou *tétanique*, reposant surtout sur l'analyse des contractions névro-réflexes, et je montre que les mêmes modalités sont susceptibles de se produire chez les malades, l'intoxication éveillant l'apparition de contractures, de convulsions et d'accidents tétaniformes que j'étudie plus tard à l'occasion de l'antipyrinisme.

Viennent ensuite les modifications et la sensibilité d'origine périphérique et centrale, puis celles des muscles.

Du côté de la circulation, j'ai mis en relief des données importantes en raison de leur constatation chez l'homme. A dose toxique, l'antipyrine ralentit le cœur et affaiblit son impulsion chez tous les animaux à sang chaud. Chez les malades, nous la voyons diminuer souvent le nombre de pulsations, surtout dans les convalescences et quand préexiste une lésion myocardique

probable ; aussi l'intoxication constitue-t-elle une menace pour le cœur, qui de fait, s'est souvent montré défaillant dans le cours du collapsus produit par le médicament.

Du côté des *vaisseaux*, qu'elle dilate à la périphérie, qu'elle contracte dans la profondeur, suivant un mode de l'*action contraire* bien étudié en physiologie dans ces derniers temps par Wertheimer, l'antipyrine tend à augmenter la tension vasculaire.

Après l'exposé de nos connaissances sur l'état du *sang*, de la *respiration* sur laquelle cette substance exerce une action sédative, qu'on retrouve dans la plupart des dyspnées, je décris les modifications de la *température*, d'abord en médecine expérimentale, puis en clinique. La note dominante est l'abaissement, mais on constate aussi l'élévation et des accès décrits par Lépine ; ses variations sont successivement exposées, ainsi que leur origine probable, vasculaire et nerveuse, reposant surtout sur les recherches récentes de Gottlieb, actions auxquelles paraissent se joindre chez nos malades les modifications apportées à la vitalité des microbes aussi bien qu'à la phagocytose.

Du côté des organes digestifs, j'ai surtout appelé l'attention sur la diminution de *glycose*, très intéressante en ce qui concerne les *diabétiques*, sur l'absence de modifications de la sécrétion biliaire malgré les lésions cellulaires décrites par Ivanoff.

Avant de passer à la *sécrétion urinaire*, je rappelle les troubles de la *sécrétion cutanée* et les phénomènes éruptifs qui trouvent leur place au chapitre des *accidents*.

Je me suis tout particulièrement appesanti sur les résultats fournis par l'examen des *urines*, dont la quantité diminue généralement chez l'homme et dont les qualités subissent des variations d'autant plus utiles à établir qu'elles nous font connaître une partie du problème que soulève l'influence de l'antipyrine sur la nutrition.

Les considérations dérivant de l'abaissement du taux de la sécrétion et de la constriction vaso-motrice du rein, nous portent à redouter cette substance au point de vue de l'élimination des toxines, car elle tend, dans certaines conditions, à produire tous les symptômes de l'insuffisance urinaire. Les variations dans les

chiffres de l'azote total, de l'urée, des matériaux solides qui s'élèvent, prouvent l'accroissement des processus de désassimilation, de même que la diminution, l'augmentation des extractifs azotés, de l'acide urique, etc., démontrent l'abaissement des oxydations. Or, ce sont là deux modalités nutritives qu'on retrouve dans la fièvre typhoïde et dans les pyrexies ; d'où la *contre-indication* de ce médicament en pareil cas.

Enfin, je résume sur le *pouvoir uro-toxique* les recherches de MM. Weil et Roque, d'où il résulte que l'antipyrine oppose une barrière à l'élimination des toxines de la fièvre typhoïde pendant la période d'état, d'où leur apparition sous forme de véritable débacle au moment de la convalescence.

Cette étude physiologique se termine par les résultats que l'antipyrine est susceptible de donner pour réaliser l'antiseptie, diminuer les fermentations, etc.

Sous le titre d'*inconvénients* et *dangers* je passe en revue les accidents déjà nombreux occasionnés par ce médicament et qui appartiennent à l'intolérance ou à l'intoxication qui peut être *primitive* ou *secondaire, bénigne* ou *grave*.

L'élévation de la température du corps en est une cause prédisposante manifeste, comme je l'indiquais en 1889.

Les accidents cutanés sont décrits en premier lieu sous leurs aspects divers; ils résultent de l'action locale des injections ou de l'intoxication.

La description des accidents généraux, en prenant comme type ce qui se passe dans la fièvre typhoïde, fait ressortir l'existence d'une intoxication directe, *immédiate*, et d'une seconde forme, survenant à longue échéance.

Dans la première, j'examine l'algidité avec tendance au collapsus et phénomènes de stupeur comateuse et de paralysie cardiaque terminale ; la seconde correspond assez exactement à la phase *tétanique* des expérimentations. J'en retrace les symptômes essentiels; en appelant surtout l'attention des cliniciens sur le développement brusque, après un traitement bien supporté, de tous les signes de la période d'excitation physiologique, (contractures,

convulsions tétaniques, etc.), au moment où se fait par les urines une véritable crise dans l'élimination des toxines microbiennes, j'insiste sur la fréquence des formes convulsives, si rares autrefois, de la convalescence de la fièvre typhoïde, depuis la vulgarisation de ce médicament. De plus, l'exagération de la dénutrition entraîne un affaiblissement prolongé et recule encore le terme de cette convalescence.

La prophylaxie et le traitement de ces accidents sont ensuite exposés : les injections d'éther et parfois celles de caféine me paraissent surtout indiquées.

On les évitera en rejetant l'antipyrine du cadre du traitement *spécifique* des pyrexies, et l'on veillera toujours à l'intégrité du fonctionnement des reins et du cœur.

Connaissant d'une part la physiologie de l'antipyrine, de l'autre les accidents qu'elle a pu causer, l'étude de ses *indications* peut être abordée avec fruit. Je les rattache presque toutes aux grandes *médications analgésique*, *antispasmodique*, *antithermique* et *antiseptique*, en ayant soin pour chacunes d'elles, d'insister sur les doses et les modes d'administration. C'est ainsi que nous la voyons réussir dans la plupart des phénomènes douloureux *périphériques* ou *viscéraux*, dans la plupart des maladies convulsives où je confirme les résultats déjà signalés à l'occasion de mon mémoire de 1889, cherchant à donner la note juste, puisque pour la *chorée* j'ai cité à côté de succès inespérés des *échecs complets* relevés dans ma pratique personnelle. J'insiste sur ses effets remarquables dans l'*épilepsie*, l'*aliénation mentale* et la plupart des délires congestifs dans lesquels l'opium est contre indiqué mais je la crois nuisible à cause de son action sur les reins, dans l'urémie comme dans l'éclampsie.

J'ai tenu surtout à envisager dans leurs détails les plus saillants les applications *antithermiques* pour lesquelles on peut être très embarrassé dans la pratique.

Je les étudie d'abord dans la *fièvre des tuberculeux*, puis dans les *pyrexies*. Pour la première, après l'exposé des modes d'administration, je m'arrête au suivant : c'est de donner 50 centigrammes à 1 gramme du médicament avant le début de l'accès, dans la

forme *rémittente*, et de s'arrêter. Dans les formes *continues*, les doses diminuées en raison de l'élévation de la température, réussissent à amender les symptômes pénibles sans entraîner d'hypothermie ni d'affaiblissement, à condition de les espacer et de les faire absorber en solution. Et comme je l'écrivais dans le mémoire que j'ai déjà cité, l'antipyrine est alors préférable aux salicylates contre la *fièvre* de *résorption*.

Pour les *pyrexies*, la *fièvre typhoïde* est celle qui a suscité le plus de travaux sur l'emploi de ce médicament. J'ai cherché à réagir contre l'enthousiasme de ces dernières années en me fondant, d'une part, sur les contre-indications provenant d'un certain nombre de facteurs que j'ai antérieurement exposés : exagération des troubles nutritifs, danger de fermer le rein aux éliminations ; — d'autre part, sur les résultats observés en suivant les malades jusqu'à leur guérison, et dont les plus importants — convulsions, contractures, formes tétaniques, insuffisance rénale, etc. — ont été signalés au chapitre de l'intoxication.

De plus, le bilan de cette dernière appartient en majeure partie à cette fièvre infectieuse. Et c'est au nom de la *thérapeutique pathogénique* que j'ai cru devoir exclure l'antipyrine de la *médication spécifique* de la fièvre typhoïde ; et je crois avoir fait valoir en faveur de cette opinion des motifs qu'approuveront certainement les cliniciens. Qu'on propose à un médecin de donner à ses typhiques un médicament qui, absorbé d'une façon continue, augmentera toutes les perturbations du chimisme fébrile et déprimera ses malades, il en rejettera d'emblée l'usage ; à plus forte raison, s'il le connaît comme susceptible de fermer le rein et d'empêcher la grande et régulière élimination des toxines.

C'est donc à la *médication des symptômes* seulement que doit être réservée l'antipyrine, en se fondant sur les difficultés de son administration et sur les surprises qu'elle est capable de faire surgir.

On pourra la prescrire passagèrement contre l'hyperthermie, mais en se gardant de poursuivre un abaissement continu de la température. Et même aux petites doses que je crois seules acceptables en pareil cas, elle donne de bons effets en amenant une sédation des phénomènes nerveux, surtout dans la médecine infantile où l'on connaît tous les dangers de l'opium.

Je n'ai pas manqué de faire ressortir l'importance de ces vues pour le traitement des *maladies exotiques*, car en plus des mêmes contre-indications se dresse l'impérieuse nécessité d'éviter toute médication débilitante entraînant à la fois des sueurs profuses et la dénutrition rapide.

Dans la *médication antiseptique*, l'antipyrine a été considérée comme un excellent moyen d'obtenir une action anti-microbienne dans le sang et l'élimination des micro-organismes par la sueur. J'examine les faces de la question et j'indique quelques-unes des affections pour lesquelles on peut chercher l'antiseptie directe de l'estomac et de l'intestin.

Une partie à peu près inédite est celle qui a trait à l'administration de ce médicament dans les *affections cardiaques*. Si l'on peut d'ordinaire le prescrire en le considérant comme légèrement hypertenseur, il faut se rappeler que dans l'intoxication, il est capable de déprimer le muscle cardiaque. De plus, son action sur la tension générale est assez peu marquée pour qu'elle s'efface en pratique devant les effets sédatifs que j'ai trouvés parfois très marqués dans les hypertrophies de croissance. En rappelant son indication spéciale dans les cardiopathies rhumatismales, en dehors des états de dépression de la force contractile coïncidant avec une forte fièvre, je montre ses bons effets contre la douleur et la dyspnée, à condition de surveiller toujours la sécrétion rénale.

Son influence bulbaire, utile contre les phénomènes dyspnéiques, ne l'est pas moins dans les maladies qui s'accompagnent d'une grande accélération du pouls, telles que les tachycardies paroxystiques, le goître exophtalmique, où son action se montre inverse de celle de l'atropine.

J'expose enfin les résultats obtenus dans les *polyuries*, le *diabète sucré*, la *lithiase urinaire*, et je termine par l'analyse des observations contradictoires auxquelles a donné lieu son administration dans les hémorrhagies, car à côté des faits heureux, nous la voyons provoquer des épistaxis, des hémoptysies que la cessation du traitement a suffi pour arrêter

---

ARTICLES CONSACRÉS A LA THÉRAPEUTIQUE AU COURS DE DIFFÉRENTES PUBLICATIONS

Des gangrènes spontanées. — Thèse d'agrégation, 1880.

On trouvera le résumé de ce travail au point de vue nosologique dans les études de *pathologie* et de *clinique* (page 46).

Les *indications thérapeutiques*, auxquelles est consacré tout un chapitre, se résument dans le traitement de la gangrène *imminente* et de la gangrène *confirmée*.

Pour prévenir les eschares du décubitus, on emploie les précautions et les moyens connus que je résume. La surveillance des œdèmes s'impose, ainsi que les piqûres préventives.

Dans les maladies fébriles, on constatera toujours l'état de la bouche et l'on s'attachera à obtenir son intégrité, les mêmes précautions devant s'appliquer aux organes génitaux de crainte d'une gangrène de la vulve.

Chez le vieillard, atteint du rétrécissement artériel des membres, la moindre exaspération des symptômes commande un repos absolu.

Les préparations mercurielles sont contre-indiquées aux doses habituelles à l'intérieur et à l'extérieur dans les maladies qui s'accompagnent de manifestations buccales, surtout dans la rougeole.

L'arrêt brusque de la circulation d'un membre indique de chercher à rétablir le courant sanguin et à favoriser le développement des collatérales par les applications chaudes qui devront être très surveillées en raison des troubles de la sensibilité.

Je montre ensuite qu'un seul mode de traitement domine l'histoire des gangrènes, c'est la médication tonique. Elle peut amener une réaction salutaire contre une destruction qui ne peut rétrograder, mais qu'on arrive quelquefois à limiter. Mais le plus souvent, c'est la prostration qui constitue la première indication

thérapeutique contrairement aux enseignements de ceux qui ont longtemps préconisé la méthode antiphlogistique.

Et c'est encore les toniques qui doivent dominer le traitement quand il s'agit de combattre l'inopexie, de relever les forces chez les malades dont la gangrène reconnaît pour cause une artérite comme il s'en développe à la fin des maladies fébriles.

Pour la gangrène *confirmée*, on devra chercher à en arrêter les progrès. Les moyens varient suivant les régions; sur les muqueuses, les cautérisations limitantes sont souvent utiles.

Les solutions de permanganate, les liquides chlorurés rendent de grands services. Et pour les gangrènes pulmonaires, j'indique les pulvérisations de permanganate, les préparations d'eucalyptus, et enfin la térébenthine, le thymol, l'acide salicylique, etc.

Mais on insistera surtout sur l'alcool et le quinquina.

Parmi les indications fournies par la *gangrène symétrique*, le traitement général tient aussi la première place, et la médication reconstituante prime l'emploi des moyens locaux dans l'anémie, le diabète, etc. C'est ainsi que Raynaud la vit disparaître chez un diabétique par l'emploi du régime approprié.

Rappelant enfin, d'après Vulpian, que cette variété peut dépendre d'une action isolée des ganglions annexés aux nerfs vasomoteurs, je montre que dans ces cas on bénéficie souvent d'un traitement local. Je termine en rappelant l'emploi de l'oxygène et des moyens capables d'amener la résolution du spasme vasculaire, tels que la cautérisation ponctuée et l'électrisation par les courants continus.

De l'Ictère grave curable. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, et tirage à part, 1884.

De l'analyse d'un cas d'ictère grave typhoïde terminé par la guérison, que j'ai suivi, et de la comparaison des observations analogues, j'ai fait surtout ressortir l'importance offerte par les variations de la sécrétion rénale, car chez tous les malades qui

ont guéri, j'ai relevé, sous forme de crise, un abaissement de la température coïncidant avec la polyurie et l'augmentation du chiffre de l'urée, diminuée pendant la période d'état. Cette *crise* m'a paru constituer une notion importante au point de vue thérapeutique.

J'ai en conséquence exprimé cette idée : qu'une indication essentielle du traitement consiste à surveiller les modifications urinaires, d'après le précepte de M. Bouchard, et à chercher à débarrasser l'organisme des déchets qui s'accumulent dans le sang. Les diurétiques, tant que le rein fonctionne, et en particulier le lait, les boissons abondantes, assurent la libre élimination rénale ; si la sécrétion se suspend, il faut chercher, en plus de ces moyens, à restreindre la formation des toxines, et c'est l'alcool qui s'adapte le mieux à la nécessité de diminuer la désassimilation et le dédoublement des albuminoïdes ; et la quinine, la glycérine m'ont également semblé pouvoir être avantageusement prescrits en pareil cas.

Urémie cérébrale et gastro-intestinale, etc. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 16 août 1885.

A propos de l'inertie intestinale et de la constipation observées dans des circonstances où les folliculites et les ulcérations entraînent généralement des symptômes dysentériques, j'ai montré que si la constipation doit être toujours combattue chez les brightiques, et surtout dans l'urémie, il faudrait, dans des cas analogues à celui que je rapporte, et dont j'ai retrouvé depuis plusieurs exemples, obtenir l'exonération de l'intestin au moyen de la sonde, surtout quand après l'administration des purgatifs les anses intestinales se trouvent fortement distendues par les liquides accumulés. Il y a là une indication qu'il est souvent indispensable de réaliser surtout dans le cours des urémies intestinales des vieillards.

Du Coup de chaleur respiratoire. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux,* 6 juin 1886.

En comparant les faits cliniques qui m'ont permis de décrire les particularités du *coup de chaleur respiratoire* avec les expériences sur des animaux soumis à l'action des températures élevées entreprises par le professeur Jolyet, j'ai cherché à faire ressortir l'importance des troubles respiratoires dans la filiation des symptômes observés.

Une indication thérapeutique bien nette m'a semblé s'en dégager : celle de chercher à rétablir la respiration et à introduire de l'air respirable dans les poumons au moyen de la respiration artificielle.

On peut ainsi prévenir ou combattre l'asphyxie en employant concurremment la saignée et les moyens capables d'abaisser la température et de réveiller l'excitabilité du système nerveux.

Les Oreillons graves d'emblée. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux,* 1888, nos 7, 8, 9.

Je consacre à la fin de ce travail un chapitre spécial au TRAITEMENT.

J'ai cru trouver dans l'histoire de ces oreillons hypertoxiques une indication reposant sur leur origine infectieuse et très probablement microbienne, c'est de tenter de réaliser l'*antiseptie* dans le milieu sanguin en combinant à l'alcool et au quinquina une petite quantité de bichlorure de mercure. En même temps je pratiquais l'antiseptie buccale au moyen d'une solution de chlorure de zinc.

Pour se mettre en garde contre les accidents brusques de cette maladie, j'ai pensé qu'il y avait lieu, tout en administrant des substances antiseptiques, de respecter les localisations de la maladie sur les glandes et sur le tube intestinal ; l'*entérite ourlienne* m'a semblé principalement devoir être ménagée, sous peine de voir apparaître des accidents cérébraux.

J'insiste ensuite sur la sollicitude avec laquelle on doit constamment surveiller le fonctionnement des reins et de la peau, en rappelant qu'une véritable crise urinaire et sudorale met généralement un terme aux encéphalopathies ourliennes qui guérissent.

Le lait, les boissons aqueuses, doivent donc être constamment prescrits; on leur adjoint la pilocarpine quand on veut rétablir la sécrétion cutanée. Les manifestations viscérales, surtout celles de l'endocarde et du péricarde, doivent être énergiquement combattues, après que les fluxions parotidiennes et testiculaires se sont effectuées.

Les Ascites infantiles. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, et tirage à part, 1889.

Après avoir étudié les *ascites infantiles* au point de vue de leur étiologie, de la symptomatologie et du diagnostic, je décris les moyens thérapeutiques que j'ai cru devoir opposer aussi bien à l'épanchement qu'aux lésions dont il dérive, et qui m'ont paru se rattacher le plus souvent à la cirrhose hépatique veineuse avec dilatation stomacale, altérations dont les origines *tuberculeuse*, *syphilitique* et *palustre* sont susceptibles de fournir de très utiles indications au clinicien. C'est ainsi que j'ai obtenu des succès en employant le régime lacté, combiné soit au calomel, soit à l'iodure de potassium, et que j'ai constaté la disparition du liquide, le retour du foie à son volume normal et l'amélioration parallèle des fonctions de l'estomac. Dans les cas où la compression des chylifères entravait l'action du lait, les purgatifs associés aux diurétiques et aux sudorifiques m'ont donné d'excellents résultats, au milieu desquels j'ai pu faire ressortir les avantages du calomel chez les enfants pour réaliser la double indication d'augmenter les sécrétions urinaire et intestinale.

Dans tous ces cas, et dans plusieurs autres où j'ai pratiqué la ponction, l'*électrisation* des parois abdominales par les courants continus m'a paru nécessaire pour empêcher l'*atrophie* consécutive à l'ascite et s'opposer au retour de l'épanchement.

Enfin j'ai rapporté des faits, dont un personnel, d'ascite aiguë fébrile survenant au cours de l'intoxication palustre, et disparaissant avec la fièvre après l'administration du sulfate de quinine.

La Stomatite et l'Angine de la varicelle. — *Gazette de Bordeaux*, 1889.

Le *traitement* comprend également un paragraphe à la fin de cette étude.

Les manifestations buccales de la varicelle évoluent rapidement vers la guérison; mais on accélère leur marche par l'emploi du chlorate de potasse et l'antiseptie locale au moyen d'une solution de sublimé au 1/500 avec laquelle je touche les ulcérations et badigeonne le fond de la gorge.

L'antiseptie de la bouche est très importante, car la stomatite et l'angine constituent par elles-mêmes des conditions favorables à toutes les infections et plus spécialement à la diphtérie.

En temps d'épidémie de varicelle, je conseille d'appliquer les mêmes mesures d'isolement aux enfants atteints de manifestations buccales offrant les particularités que j'ai décrites, qu'à ceux qui présentent une éruption cutanée bien caractérisée, en me fondant sur ce que les phénomènes locaux de cette fièvre éruptive se limitent quelquefois à la muqueuse bucco-pharyngienne.

Les Pachy-pleurites hémorrhagiques et leurs relations avec la tuberculose pulmonaire chronique. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, nos 40 et 41, 1891.

Je termine ce travail par des considérations sur la *thoracentèse* dans les *pleurésies hémorrhagiques*.

Quand la ponction exploratrice, faite avec toutes les précautions antiseptiques, ramène un liquide plus ou moins sanguinolent, la conduite peut varier suivant deux conditions bien différentes.

Dans les formes franchement *aiguës* et primitives, je crois qu'il

faut recourir à cette opération même en dehors d'une indication d'urgence; une seule ponction suffit parfois à amener la guérison (Dieulafoy); j'en cite des exemples empruntés à Troisier, à Lereboullet, et j'invoque à l'appui une observation personnelle, dans laquelle l'épanchement ne s'est pas reproduit après l'issue de 520 grammes de liquide sanguinolent très épais. Aussi dans la *pachy-pleurite hémorrhagique franche*, je crois que les malades auront d'autant plus de chances de guérir qu'on se hâtera de les débarrasser du liquide contenu dans la plèvre.

Quant aux épanchements qui surviennent au cours de la *tuberculose* et des affections *cancéreuses* de la plèvre ou du poumon, ce n'est qu'avec une grande circonspection et la main forcée, pour ainsi dire, qu'on pourrait se résoudre à pratiquer une opération dont le résultat équivaut à une sorte de *saignée*, mais qui pourra parer momentanément à la dyspnée et prolonger l'existence. Je repousse, par conséquent, les conclusions des auteurs qui voient dans la *carcinose* une contre-indication formelle à la thoracentèse. Car à côté des faits probants militant en faveur de cette intervention, j'ai indiqué ceux que rapportait Dieulafoy en 1886, lorsqu'il affirmait avoir pu tarir l'épanchement à la suite de ponctions répétées dans plusieurs cas de pleurésie hémorrhagique cancéreuse.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE

PROFESSÉ EN REMPLACEMENT DE M. LE PROFESSEUR DE FLEURY, PENDANT LE SEMESTRE D'HIVER DE 1891-92.

Dans les *quarante* leçons que j'ai faites, j'ai cherché à réaliser un enseignement à la fois scientifique et pratique de *thérapeutique clinique*, d'après le programme et les traditions du maître vénéré que j'avais l'honneur de suppléer.

Faisant une large part à la *physiologie*, j'ai toujours eu comme idée directrice de répondre aux nécessités de la *clinique*, en

cherchant à remplir aussi scientifiquement que possible les *indications* qu'elle soulève. J'ai tenu de plus à envisager les difficultés de la pratique médicale, en recherchant dans l'*art de formuler*, les prescriptions les plus simples et les plus faciles à mettre en œuvre et à retenir, en accordant une place importante à tout ce qui concerne la *thérapeutique infantile*.

Enfin j'ai toujours indiqué au sujet des questions en suspens, la voie des recherches à entreprendre pour les élucider aussi bien dans les laboratoires qu'au lit des malades.

La première partie du cours a été consacrée à la *médication cardio-vasculaire*.

Elle comprend l'étude des médicaments *cardiaques*, d'une part, et de l'autre celle des médicaments *vasculaires* subdivisés en *constricteurs* et en *dilatateurs*.

Dans chacune de ces divisions, j'ai plus particulièrement insisté sur les substances essentielles, telles que la *digitale*, la *caféine*, le *strophantus*, l'*ergot*, les *iodures*, etc.

Je n'ai du reste décrit que les *agents cardiaques* proprement dits, ayant à propos de chacune des autres substances, consacré un chapitre distinct à leur action physiologique sur le cœur et les vaisseaux ainsi qu'aux applications dont elles sont susceptibles en clinique.

Voici l'énumération des médicaments *cardiaques* que j'ai passés en revue :

Digitale et digitalines, strophantus et strophantine, scille, spartéine, muguet et convalla marine, adonis vernalis et adonidine, caféine.

En introduisant la *scille* dans ce groupe, je me suis basé sur les recherches expérimentales et sur les résultats de l'observation des malades, qui prouvent que les principes actifs de cette plante reproduisent tous les effets de la *digitaline*.

J'ai de plus résumé l'état de nos connaissances sur les substances suivantes qui ont été l'objet de travaux très importants dans ces derniers temps, et que leur action permet de ranger dans la catégorie précédente.

Ce sont : l'*érytrophléine*, la *muavine*, le *laurier-rose* et l'*oléandrine*, le *cactus grandiflora* et la *cactine*, la *tanghinine*, l'*apocynine*.

Dans les médicaments *vasculaires* constricteurs j'ai tenu à faire l'histoire très complète de l'*ergot de seigle*, et j'ai envisagé comme ses succédanés l'*hydrastis canadensis*, l'*hamamelis virginica*, le *cotonnier* et surtout la *bryonia alba* que je crois appelée à prendre place immédiatement après les préparations d'ergotine.

A côté de l'ergotine, j'ai rangé l'*anectasine*, du professeur Bouchard, dont l'action d'hémostase ischémique s'est manifestée avec succès chez l'homme aussi bien dans les hémoptysies que dans les hémorrhagies intestinales.

Les vasculaires *dilatateurs* comprennent les *nitrites* et surtout le *nitrite d'amyle*, la *trinitrine*, et comme agents principaux sur lesquels je me suis longuement étendu, les *iodures* de *potassium* et de *sodium*. A l'occasion de ces derniers, j'ai étudié les actions comparées du *potassium* et du *sodium*, ainsi que toutes les *applications* auxquelles peuvent se prêter ces deux médicaments, indépendamment de leur rôle dans la médication cardio-artérielle.

Au sujet des médicaments *nervins*, je me suis attaché principalement à la description complète des plus usités, tels que l'*opium* et la *morphine*, les *bromures*, le *chloral*, la *belladone* et l'*atropine*, l'*hyoscyamine*, etc.

Je les ai fait suivre de l'étude des substances que leur action permet de grouper, en raison surtout de l'*analgésie* qu'elles déterminent.

Le programme du cours comportait en effet les *alcaloïdes analgésiques*. Sur les conseils de M. de Fleury, au lieu de me borner aux *alcaloïdes*, j'ai présenté l'histoire des agents médicamenteux d'origine différente capables de répondre à la *médication de la douleur*.

A la suite des *solanées vireuses* et des *solanacées*, j'ai étudié successivement la *duboisine*, le *cannabis indica*, l'*aconit* et les *aconitines*, la *ciguë*, le *gelsemium*, la *vératrine* et la *colchicine*.

La colchicine m'a paru se rattacher à cette catégorie et venir immédiatement à la suite de la vératrine.

J'ai terminé par l'*antipyrine*, qui, n'étant pas classée jusqu'ici, m'a paru pouvoir servir de transition entre les médicaments *analgésiques* et les *nervins* antipyrétiques.

Recherches personnelles exposées dans le cours de thérapeutique.

Je crois devoir résumer sous ce titre les données originales de *clinique thérapeutique* que j'ai fait connaître dans ces leçons, et qui sont le résultat des études que j'ai poursuivies dans les services hospitaliers.

C'est ainsi que de nombreuses observations m'ont donné l'occasion d'ajouter quelques matériaux à la connaissance des médicaments *cardio-vasculaires*, pour lesquels j'ai pu comparer leur mode d'action aux différents âges de la vie, et principalement chez les enfants et chez les vieillards.

Au sujet de la *digitale*, je signalerai son emploi dans la *pneumonie*, qui m'a permis d'appliquer, pour la clinique infantile, les heureux résultats rapportés par M. le professeur Picot, dans ses leçons de 1882.

Chez les *jeunes sujets*, j'ai montré comment après l'administration de ce médicament, l'augmentation de l'énergie du cœur s'accompagne d'une diminution très appréciable de ses dimensions, constatée par les tracés de percussion. J'ai insisté sur les complications latentes de la pneumonie, et sur l'indication *constante* qu'elles imposent en ce qui concerne leurs localisations cardiaques. Je crois, en effet, que si la digitale rend de grands services dans tous les états de défaillance du cœur au cours des inflammations pulmonaires, on doit se prémunir contre ces accidents qui menacent tous les pneumoniques, et non-seulement combattre le danger dès ses premiers symptômes, mais surtout le prévenir, en administrant le médicament au début de la maladie. C'est ainsi que chez l'enfant comme chez l'adulte, je la prescris d'emblée pour combattre l'affaiblissement posssible du cœur, pour diminuer les poussées congestives avoisinant les foyers pneumoniques, et pour augmenter en même temps la diurèse et faciliter l'élimination des toxines microbiennes.

Les mêmes considérations s'appliquent aux pneumonies des *vieillards*, avec cette différence que si l'on observe plus fréquemment les symptômes du *cœur forcé*, c'est qu'il existe des lésions

antérieures de la fibre musculaire et du tissu conjonctif; aussi l'indication de relever la contractilité du muscle cardiaque comporte-t-elle chez eux une urgence absolue à laquelle s'adresse admirablement la digitale, quand on la donne à petites doses successives suivant une pratique qui m'a constamment réussi chez les nombreux malades de mon service de Pellegrin. Aussi peut-on considérer comme une règle à peu près générale qu'en traitant bien le cœur on guérit la pneumonie sénile, et cela sans recourir aux doses massives et dangereuses préconisées dans ces derniers temps.

Une autre question d'un grand intérêt clinique et sur laquelle je suis revenu au sujet de plusieurs autres substances telles que la scille, la caféine, est celle qui a trait aux différences d'action de ces médicaments suivant les modalités du *fonctionnement du foie.*

Chez un grand nombre de cardiaques, en effet, j'ai trouvé que les effets de la digitale sont en raison inverse de l'obstacle hépatique; la difficulté qu'éprouve le cours du sang dans les réseaux veineux et l'inertie cellulaire qui s'accentuent au fur et à mesure que se développent les lésions du tissu conjonctif, en sont les raisons principales comme le démontrent les variations de cet organe dans le cours des affections cardiaques, et la possibilité de faire tolérer la digitale et de voir apparaître ses effets sur le cœur, dès que les symptômes *hépatiques* commencent à s'atténuer. Ainsi s'explique la nécessité bien reconnue d'administrer d'abord des purgatifs, et de chercher à désobstruer le système porte dans certaines variétés d'asystolie ; mais quand les lésions du foie ont atteint un degré très prononcé, le médicament reste absolument sans influence sur le cœur. L'action cardiaque de la digitale est donc, dans une certaine mesure, proportionnelle à l'intégrité du parenchyme hépatique.

De nombreuses observations sur l'action du *strophantus* recueillies surtout chez les enfants, dans des affections très diverses et surtout dans les cardiopathies, m'ont amené à le considérer comme un médicament très utile en médecine infantile, mais sur l'action duquel on ne saurait compter dans tous les cas. Il m'a rendu néanmoins de grands services au cours de la *pneumonie* où

je l'ai vu, comme la digitale, entraîner une diminution rapide du volume du cœur.

Je l'ai généralement trouvé efficace pour obtenir le ralentissement, la régularisation et le renforcement du pouls ; en tous cas, il n'a jamais déterminé chez mes malades la moindre irritation des reins et m'a paru, mais assez irrégulièrement, produire l'augmentation de la diurèse. J'ai montré, de plus, à l'aide des faits cliniques que son action s'*épuise*, malgré des assertions contraires, car j'ai vu, après avoir obtenu le ralentissement des pulsations, reparaître l'accélération antérieure, malgré la continuation et l'augmentation des doses. Aussi je crois indispensable d'en suspendre de temps à autre l'emploi.

Au sujet de l'*ergotine*, je signalerai parmi les données que je crois originales :

1° son emploi dans les maladies *broncho-pulmonaires* et plus particulièrement dans les *congestions* et dans les états d'atonie des bronches, où j'en ai retiré d'excellents résultats en raison de son action vasculaire et du relèvement de l'énergie cardiaque qu'elle détermine, aussi bien que de son influence sur la contraction des fibres musculaires bronchiques ;

2° ses applications dans les maladies *nerveuses* congestives de l'encéphale et de la moëlle ;

3° son *action contraire*, basée sur les travaux de Wertheimer, de Lépine et mes observations ;

4° ses indications et son utilisation dans les maladies du *cœur*, où son influence, souvent très marquée, se borne cependant à relever la tension vasculaire ; j'en ai obtenu des effets remarquables dans les myocardites, dans les asystolies ultimes, dans les hydropisies cardiaques où la sclérose hépatique met obstacle à l'action de la digitale.

Les *iodures*, sur lesquels j'ai également poursuivi de nombreuses recherches, m'ont permis de faire connaître quelques données nouvelles :

1° dans les maladies du *cœur* et des *vaisseaux*, surtout chez les vieillards, où j'ai montré que l'iodure de potassium renforce considérablement le choc précordial en augmentant la fréquence

du pouls, et où cette double action répond à de formelles indications;

2° dans la *tuberculose* pulmonaire, où j'ai obtenu de réels succès au cours des poussées *pneumoniques* ou *congestives* à tous les âges de la vie, succès qui se sont traduits, après l'emploi de l'iodure de *sodium* que je préfère au sel de potassium à cause de la moindre excitation cardiaque qu'il entraîne, par l'abaissement de la température, par la diminution notable de la dyspnée et de l'expectoration, par la disparition rapide des symptômes congestifs, et le rétablissement de la perméabilité pulmonaire.

Enfin j'ai constamment relevé l'amélioration de l'état général et l'*engraissement* des malades, contrairement à des assertions insuffisamment justifiées.

De plus, avec l'iodure de sodium, je n'ai jamais observé les hémoptysies que détermine parfois l'iodure de potassium, et je suis convaincu que leur différence d'action sur le cœur en est une cause essentielle;

3° dans la *tuberculose hépatique* infantile, j'ai vu la guérison de l'ascite et la diminution de volume du foie suivre plusieurs fois l'administration des iodures;

4° enfin j'ai appuyé d'observations personnelles l'action de ces préparations dans l'*érythème polymorphe* et dans les *angio-névroses cutanées*.

On n'a pas assez insisté sur les *contre-indications* de la *morphine* dans les maladies adynamiques, les convalescences, etc., lorsque existent des signes d'affaiblissement du cœur. Je l'ai vue produire des résultats fâcheux dans le cas où le myocarde est plus ou moins affecté, et j'ai attiré spécialement l'attention sur les phénomènes d'arrêt analogues à ceux que déterminent les injections intra-veineuses chez les animaux, et qu'on a signalés dans les dernières phases de la phtisie et dans l'angine de poitrine.

Pour l'*atropine*, ses indications *cardio-bulbaires* n'avaient pas encore été suffisamment précisées. Je l'ai trouvée très active pour relever les contractions et augmenter leur énergie comme leur fréquence surtout dans les états de collapsus cardiaque, où la myocardite et la stéatose jouent le principal rôle, et

dans tous les ralentissements de la circulation d'origine cérébro-spinale, toutes les fois que surgit l'indication de soustraire le cœur à l'influence bulbaire.

Dans les *asystolies*, avec diminution de fréquence des pulsations; son administration, concurremment avec la digitale, m'a généralement permis de relever l'énergie du choc péricordial et du pouls, que la digitale seule était impuissante à me donner.

Les considérations suivantes au sujet des *contre-indications stomacales* et des *indications cardiaques* des préparations de *colchique* dans la goutte paroxystique ne me semblent pas avoir été suffisamment mises en relief.

Tous les cliniciens savent que les symptômes gastriques de la *goutte larvée* s'arrêtent avec l'accès, et que l'administration intempestive de la colchicine, en enrayant cet accès, provoque souvent le retour des manifestations stomacales qui s'exagèrent et peuvent constituer un danger. Et combien de goutteux ne souffrent-ils pas des altérations du chimisme ou de la dilatation gastriques. Tout état morbide de l'estomac constitue donc une menace sérieuse, et doit imposer la plus grande réserve au sujet du traitement des accès pour lesquels je crois alors le colchique nettement *contre-indiqué*.

Mais si des altérations préexistantes du tube digestif doivent imposer une grande prudence au sujet de l'administration de ce médicament, il semble qu'en ce qui concerne le *cœur*, on puisse y recourir sans éprouver les mêmes craintes. Les surprises et les dangers de la goutte tiennent ici le plus souvent à la stéatose, à la sclérose, à la myocardite. Or, si la colchicine ne relève pas toujours les contractions cardiaques, elle ne les déprime jamais.

De plus, la goutte qui remonte au cœur survient généralement en plein accès. Or, cet accès constitue le plus grave danger pour des malades prédisposés, chez lesquels existent des lésions cardiaques. Il est donc alors parfaitement indiqué de chercher à éviter une crise qui peut être mortelle, en diminuant le mouvement fluxionnaire paroxystique par l'emploi de la colchicine à petites doses.

Pour l'*antipyrine* (1), j'ai mis à contribution mes études de 1889,

(1) Voir le résumé de mes leçons sur cette substance, page 23.

analysées antérieurement, ainsi que les observations nombreuses recueillies depuis cette époque.

Je rappelle brièvement que j'ai appliqué dans le domaine clinique les expériences de Ch. Richet, en montrant que chez l'homme comme chez les animaux, l'action de cette substance offre de grandes différences suivant l'élévation de la température.

En analysant les périodes expérimentales de paralysie et d'excitation, j'ai montré leur succession dans le domaine de l'observation clinique.

J'ai fait ressortir l'action dépressive qu'exerce l'antipyrine sur le cœur des animaux intoxiqués et j'ai relevé la même dépression dans les troubles divers de l'intoxication grave chez les malades.

L'*antipyrinisme* a fait l'objet d'un exposé où j'ai décrit les formes et l'évolution des accidents dans l'intoxication *primitive* et *secondaire*, avec les signes qui permettent d'en saisir le début et d'en faire le diagnostic.

Au sujet des indications, j'ai apporté des matériaux nouveaux à l'histoire du traitement de la *chorée*, de la *coqueluche*, des *toux coqueluchoïdes*, des *maladies spasmodiques des voies respiratoires*, des *convulsions* de l'enfance.

Pour les *maladies fébriles*, j'ai exposé l'efficacité des petites doses du médicament dans la *fièvre de résorption* des tuberculeux, et d'une façon générale, son heureuse influence sur la dyspnée, sur les phénomènes nerveux, en dehors de toute dépression thermique considérable.

J'ai pris nettement parti contre son emploi *systématique* dans les pyrexies, le réservant à la médecine des *symptômes nerveux*, et très exceptionnellement à celle de l'*hyperthermie*.

Ses propriétés *antiseptiques* m'ont paru justifier la plupart des succès enregistrés dans les maladies fébriles, où cette action peut être obtenue au moyen de doses bien inférieures à celles qu'on emploie généralement.

Enfin, l'administration de l'*antipyrine* dans les maladies du cœur m'a permis de retracer ses indications et ses contre indications, dont les premières n'étaient pas nettement précisées, tandis que les dernières étaient généralement méconnues.

Le Régime lacté.
(de la Bibliothèque Charcot-Debove)
doit paraître à la fin de Novembre

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES

PATHOLOGIE INTERNE, PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET CLINIQUE MÉDICALE.

De la Péritonite aiguë généralisée primitive, envisagée spécialement chez l'adulte. — Thèse de Doctorat, Paris, 1878, Louis Leclerc, 66 pages.

La preuve de l'existence de cette péritonite, dite spontanée, repose sur une dizaine d'autopsies pratiquées par des maîtres éminents ou sous leurs yeux, avec l'idée préconçue de rencontrer une de ces altérations si nombreuses qui peuvent retentir sur le péritoine.

A l'aide des documents épars dans les auteurs et de faits personnels, j'ai pu constituer l'histoire nosologique de cette entité morbide et la distinguer des *péritonites rhumatismales* ainsi que de l'*ascite aiguë fébrile* dont j'ai retracé les principaux caractères.

La symptomatologie, le diagnostic et l'étiologie sont entièrement basés sur l'analyse clinique, qui m'a permis, entre autres résultats, d'établir les différences qui séparent la péritonite *a frigore* des péritonites *rhumatismales*, ces dernières offrant comme traits distinctifs, l'alternance ou la coïncidence avec d'autres manifestations de la diathèse, qui, dans des cas très rares, lui succèdent à échéance plus ou moins rapide, quand la péritonite ouvre la scène morbide.

Il n'est pas sans intérêt de comparer ces résultats consignés en 1878 à ceux qu'a fait connaître Leyden en 1885 à la Société de médecine de Berlin. On sera certainement surpris de lui voir affirmer que la péritonite idiopathique n'est pas reconnue aujourd'hui par le public médical et qu'il n'a pu trouver dans notre

littérature scientifique aucune observation datant de l'époque actuelle. Les exemples très probants qu'il rapporte, ainsi que ceux de Liman et de Guttman, confirment les données que j'ai exposées sept ans avant cette communication. *Semaine médicale*, 1885; pages 140 et 159.)

Des gangrènes spontanées. — Thèse d'agrégation, Paris, J-B. Baillière, 1880, 159 pages.

Dans cette étude des gangrènes spontanées, j'ai eu pour but de tracer l'histoire complète du processus gangréneux tel qu'il se présente en dehors des cas de traumatismes, et exclusivement au point de vue médical.

Dans l'historique, j'établis la succession des nombreuses acquisitions de la science au sujet des gangrènes, soit au point de vue des états morbides qu'elles accompagnent (fièvres, maladies générales), soit au point de vue de leurs localisations diverses et de leurs types actuellement connus.

Au sujet de l'*étiologie*, je montre que si la gangrène reconnaît comme cause prédisposante la nutrition défectueuse des tissus par l'intermédiaire des altérations du sang, il est indispensable pour qu'elle se localise en un point de l'organisme, qu'elle y rencontre des causes occasionnelles parmi lesquelles les modifications circulatoires occupent une place très importante.

Je passe en revue l'influence des altérations du système circulatoire, en définissant le rôle des artères, des veines, des capillaires et du sang, puis j'établis l'état de la science sur la part du système nerveux dans la genèse de ce processus.

Le chapitre suivant a trait à la description des gangrènes suivant leur *siège*, de façon à rechercher comment se comportent les causes précitées, sur les muqueuses, les téguments, les membres et les viscères.

J'arrive ensuite à l'étude des gangrènes suivant les *maladies* qu'elles accompagnent.

Survenant à la suite de toutes les pyrexies quand celles-ci déterminent un état d'adynamie profonde, on les rencontre surtout dans les fièvres éruptives, puis dans la fièvre typhoïde, le typhus,

la fièvre jaune, l'érysipèle, le rhumatisme, l'état puerpéral, l'endocardite ulcéreuse; on les observe aussi bien dans la peste que dans le choléra. Elles prennent également naissance dans les états cachectiques et dans les intoxications, et c'est à ce titre qu'elles apparaissent dans la phtisie, la syphilis, l'alcoolisme et surtout dans le *diabète*.

J'expose pour chacune de ces maladies quelles sont les particularités nosologiques afférentes aux gangrènes qui peuvent les compliquer.

L'*anatomie pathologique* embrasse à la fois toutes les altérations des tissus constatées dans les gangrènes et comporte l'examen des eschares au point de vue de leur constitution physique et chimique et l'état des vaisseaux, des nerfs, des muscles, des os, etc., soit au niveau, soit dans le voisinage des foyers de mortification.

Les *symptômes* sont locaux et généraux. Les premiers se rapportent aux trois périodes d'escharification, d'élimination et de réparation. Leur phase prémonitoire et leur mode de début fait l'objet d'une description qui n'avait pas encore été présentée sous une vue d'ensemble où l'on trouvera quelques données nouvelles sur les troubles de la sensibilité et de la motilité, de la température, etc.

Quant aux phénomènes *généraux*, ceux de la seconde période sont les plus importants en ce qu'ils traduisent l'apparition d'une infection secondaire, d'une véritable septicémie.

Après avoir décrit la *marche*, la *durée*, les *terminaisons*, je cherche à relever pour le *diagnostic* les causes d'erreur qui pourraient être invoquées à propos de chacune des variétés de gangrène et je termine par l'analyse des circonstances qui permettent de reconnaître l'origine du travail de mortification. Un point de détail que j'ai pu définir d'après l'examen de la plupart des observations connues de gangrène des membres, est celui qui consiste à spécifier que les symptômes brusques n'appartiennent pas en propre à l'embolie, mais caractérisent assez souvent aussi les oblitérations thrombosiques; j'ai, depuis, constaté la réalité de cette analogie dans les processus analogues qui se développent dans l'encéphale.

Pour terminer, je cherche à dégager les *indications thérapeutiques*. (Voir l'analyse au chapitre « Thérapeutique », page 9).

L'Anasarque symptomatique des collections purulentes de la plèvre et du poumon. — Bordeaux, 1881

Ce travail montre que l'anasarque s'observe parfois dans le cours de la pleurésie purulente, en dehors de la période cachectique, d'une affection cardiaque et de l'albuminerie. Son mode d'apparition ressemble à celui des œdèmes du mal de Bright. Elle disparaît après l'évacuation spontanée ou provoquée du liquide, ce qui constitue l'un de ses caractères les plus importants. Sa constatation corrobore celle des autres symptômes indiquant l'existence du pus, et peut, en leur absence, être invoquée comme un élément de diagnostic d'une collection purulente.

C'est, du reste, l'opinion soutenue par M. le professeur Germain Sée, dans son traité *des maladies simples du poumon* (p. 509), lorsqu'il dit que le symptôme en question permet, « presque à coup sûr d'affirmer que l'épanchement est purulent. »

Hémiplégie motrice des membres gauches au cours d'une démence sénile; Respiration de Cheynes-Stockes avec arythmie cyclique du pouls. — Ramollissement de la deuxième circonvolution occipitale droite et de la face inférieure du lobe occipital gauche; Atrophie du pli de passage de la première à la deuxième frontale. Œdème cérébral; Apoplexie pulmonaire du côté paralysé. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1882, pages 359 et 374.

Dans cette observation, je rattache à une origine cérébrale la respiration de Cheynes-Stockes et l'arythmie cyclique du pouls, et plus particulièrement à l'œdème et à un certain degré de compression du cerveau, en raison de l'absence de symptômes morbides du côté du cœur et du poumon, à l'époque où l'on a commencé à les reconnaître. L'apoplexie pulmonaire ne saurait être incriminée, car elle ne s'est manifestée qu'à la période ultime; le cœur n'offrait pas de dégénérescence graisseuse et les valvules étaient saines; les reins présentaient une structure normale. L'ancienneté du ramollissement occipital ne pouvait expliquer ces phénomènes terminaux survenus brusquement huit jours

avant la mort; un œdéme rapide de l'encéphale, constaté à l'autopsie, m'a paru seul en rapport de causalité avec cet ensemble symptomatique remarquable.

Contribution à l'étude des paralysies qui surviennent dans la pneumonie. — Atrophie musculaire des jambes; aphasie transitoire sans paralysie, dans la convalescence d'une pneumonie aiguë. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1882.

L'atrophie des membres inférieurs constatée chez ce malade alors que le reste du corps avait à peu près conservé son embonpoint normal, constitue, dans l'histoire des paralysies pneumoniques, une modalité très rare, puisque Grisolle ne l'a rencontrée qu'une fois et Leudet une fois également sur deux cents observations. En éliminant de la pathogénie les troubles circulatoires, la dégénérescence vitreuse, etc., je rattache cette amyotrophie à une altération des cellules motrices de la moelle, tout en faisant la part des troubles névritiques que j'ai également signalés : lésions du système nerveux qui semblent traduire une imprégnation par les micro-organismes de la pneumonie infectieuse.

Etudiant ensuite l'*aphasie* qui survient dans la convalescence des maladies aiguës, j'ai montré qu'il n'en existait à cette époque aucun exemple à la suite de la pneumonie, et qu'on devait la rattacher à l'ischémie passagère de la frontale externe inférieure par athérôme sous l'influence d'une parésie cardiaque transitoire.

Endocardite ulcéreuse de la tricuspide au cours d'un ictère grave. — *Société anatomique de Bordeaux*, 1882.

Parmi les réflexions consignées à la suite de cette observation accompagnée d'autopsie, on note la corrélation d'une endocardite et de l'ictère grave, de sorte que les souffles cardiaques peuvent en pareil cas reconnaître une cause inflammatoire, indépendamment de l'exagération de la tension dans l'artère pulmonaire. Le souffle

xiphoïdien, l'accélération du pouls, ainsi qu'un abaissement notable de la température ont seuls signalé l'existence de cette complication dont les caractères s'écartent notablement des deux formes classiques de l'endocardite ulcéreuse dont la genèse a paru se rapporter ici à une intoxication d'originc hépatique ainsi qu'au ralentissement de la nutrition inséparable de la carcinose.

Gangrène sénile ayant débuté lentement par une asphyxie locale des extrémités inférieures ; concrétions fibrineuses anciennes dans l'iliaque primitive et la crurale droites et dans la crurale gauche; athérôme des vaisseaux; plaques ramollies sur toute l'aorte; dégénérescence graisseuse du cœur. — *Société anatomique de Bordeaux,* 23 janvier 1883.

Dans cette observation suivie d'une autopsie très intéressante, j'indique les difficultés auxquelles peut donner prise, chez les vieillards, l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs occasionnée par des troubles artériels.

Le début lent et graduel contraste avec les faits habituels de gangrène des extrémités ; il en est de même de l'asphyxie locale du pied et de la jambe qui n'a pas été signalée à la période initiale de la gangrène sénile. Le niveau élevé des oblitérations vasculaires se rapproche des faits analogues mentionnés dans ma thèse d'agrégation et dans lesquels, concurremment à l'extension des lésions d'endartérite, l'état du sang et la parésie du muscle cardiaque sont des facteurs très importants de la mort définitive des tissus.

L'érythème noueux fébrile et ses complications viscérales. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux,* 1882-1883. — J.-B. Baillière 1883; 51 pages, avec tracés.

L'érythème noueux, variété de l'érythème polymorphe, se montre fréquemment en relation avec des symptômes généraux qui l'ont fait ranger en France à côté des fièvres éruptives. (Trousseau, G. Sée, Hardy.)

L'étude de la plupart des faits publiés et d'autres qui me sont personnels, m'a permis d'apporter quelques matériaux nouveaux à l'appui de cette doctrine : c'est d'abord la description du *type fébrile* au moyen des tracés thermométriques, qu'on n'avait pas encore faite; puis le rattachement à la fièvre des douleurs articulaires et surtout péri-articulaires, dont le siège impliquait constamment l'idée de rhumatisme; enfin l'exposé des nombreuses manifestations viscérales et de l'état du sang, sur lesquels on ne possédait aucun travail d'ensemble.

Il en résulte que dans bien des cas l'érythème noueux n'est autre que l'expression cutanée d'une maladie pyrétique, ressemblant à une fièvre d'infection, entraînant des réactions douloureuses au niveau des jointures, comme on l'observe dans les *pseudo-rhumatismes* décrits par Bouchard.

Sans nier, du reste, l'existence d'un érythème noueux d'origine rhumatismale, le plus grand nombre des faits que j'ai analysés reconnaissent une étiologie différente, relevant vraisemblablement d'un état *infectieux*, dont les probabilités ont été depuis affirmées dans les monographies sur l'érythème polymorphe, où mes recherches ont été largement mises à contribution dans les descriptions de la variété *noueuse* de cette maladie.

Parmi les conclusions de ce travail, je citerai plus particulièrement les suivantes qui m'appartiennent en propre.

L'étude des *températures* permet de séparer les faits d'érythème noueux fébrile en deux catégories : ceux dans lesquels la fièvre évolue *rapidement*, ceux où elle se prolonge avec les caractères d'une *continuité* véritable.

Dans la première, l'élévation thermique devance habituellement l'éruption et ne tombe pas brusquement au moment où cette dernière apparaît, comme on l'affirmait avant de connaître les données fournies par le thermomètre.

Dans la seconde, les tracés se rapprochent de ceux de la fièvre typhoïde, sans que les complications puissent expliquer la *continuité* de la fièvre.

Dans le cadre des *manifestations douloureuses* je signale celles qui siègent au niveau des jointures ainsi que les arthralgies et les douleurs tendineuses résultant de poussées probables vers les synoviales, et dont on a rapporté l'existence au rhumatisme,

alors qu'il s'agit le plus souvent de modalités très variées d'hyperalgésie, telles qu'on les observe dans un grand nombre de maladies générales.

Au milieu des complications assez fréquentes de l'érythème noueux fébrile, je fais une place spéciale à l'*endocardite* dont j'ai analysé seize cas.

L'étude de son évolution m'a permis d'en préciser l'origine et de la rapporter à l'*état général* au lieu de la considérer comme une manifestation dépendant de l'éruption cutanée, attendu que les phénomènes anormaux d'auscultation suivent une marche graduelle, sans subir de modifications en rapport soit avec l'intensité, soit avec les recrudescences de l'érythème.

(Voir l'analyse de Merklen dans les *Annales de dermatologie*, 1883.)

L'Hémiplégie homonyme de la face et des membres dans les lésions en foyer de la protubérance annulaire. — *Gazette de Bordeaux*, et brochure de 34 pages, chez J.-B. Baillière, 1883.

Ayant rencontré à l'autopsie d'une malade atteinte d'hémiplégie motrice de la face et des membres du même côté un ramollissement bien circonscrit de la protubérance annulaire, j'ai rattaché les troubles moteurs à la localisation de ce foyer dans la zone traversée par les fibres du faisceau *pyramidal*. La paralysie alterne n'est donc point la seule modalité symptomatique des lésions protubérantielles.

Onze observations analogues m'ont permis de décrire les particularités de ce chapitre de la pathologie du pont de Varole.

Ce sont surtout les altérations de l'étage moyen, limitées au parcours du faisceau volontaire, qui déterminent du côté opposé du corps l'hémiplégie de la face et des membres.

Le faible degré de la paralysie faciale s'expliquerait par l'intégrité d'une portion des fibres du faisceau géniculé qui se rendent obliquement au noyau du facial.

De même que les foyers interrompant la continuité des fibres motrices dans leur trajet cortico-pédonculaire, ceux qui siègent dans leur parcours protubérantiel, entraînent des paralysies durables ainsi que des dégénérations descendantes.

L'ictère grave sporadique curable.—*Gazette de Bordeaux* et brochure. 36 pages, chez J.-B. Baillière; 1884.

L'ictère grave ou typhoïde est presque constamment mortel. Un cas de guérison que j'ai pu suivre à l'hôpital m'a engagé à rechercher les observations analogues, dont le chiffre ne dépassait pas alors le chiffre de 35, afin de mettre en relief les circonstances qui pouvaient faire prévoir et espérer cette heureuse issue.

J'ai pu constater que la fièvre, ne dépassant guère 39° 5, tombe presque subitement, du septième au neuvième jour, et que le pouls suit une marche à peu près parallèle.

Les *modifications urinaires* offrent un intérêt majeur en pareil cas. Diminuées et parfois supprimées au début, tandis que le chiffre de l'urée s'abaisse, les urines reparaissent et s'accroissent ainsi que l'urée, dès que s'annoncent les autres phénomènes qui traduisent une amélioration dans l'état des malades.

Aucun indice clinique ne permettant alors d'invoquer une altération préalable du rein, on est forcément conduit à admettre que ces modifications sont sous la dépendance du processus qui domine toute la scène morbide. Nées avec la pyrexie, disparaissant avec elle sans laisser de traces, elles marchent parallèlement à la courbe thermique, dans la majorité des cas, pour se terminer par une véritable *crise urinaire* qui constitue l'une des modalités les plus remarquables de ces ictères typhoïdes primitifs.

Quant à l'*albuminurie*, qu'on regarde généralement comme très grave, sa constatation dans presque tous les faits de guérison vient atténuer singulièrement ce pronostic défavorable.

Au sujet des complications *cardiaques* qui relèveraient le plus souvent d'une insuffisance fonctionnelle suivant la plupart des auteurs, j'ai pu rattacher leur origine au développement d'une *endocardite*.

Le *traitement* comporte l'indication capitale de surveiller le fonctionnement du rein et de chercher à débarrasser l'organisme des déchets qui s'accumulent dans le sang.

Démence subite compliquant une pleuro-pneumonie — *Gazette hebd. de Bordeaux*, 1883 ; p. 285.

L'apparition brusque chez une pneumonique saine d'esprit, de troubles cérébraux caractérisés par la perte des facultés intellectuelles et morales et de l'usage de la parole, sans trace de paralysies motrice, sensitive et vaso-motrice, troubles qui se sont confirmés par la suite sans aucune rétrocession, justifie l'étude des symptômes et des circonstances dans lesquelles ils ont pris naissance. Le diagnostic différentiel permet de remonter à un ramollissement par thrombose, à début symptomatique rapide, comme je l'ai signalé pour les membres à propos des gangrènes ; cette altération d'origine ischémique a été hâtée dans son développement par une pneumonie avec affaiblissement de la force contractile du cœur.

A cette occasion, je montre que le ramollissement cérébral peut être la cause des hémiplégies pneumoniques généralement considérées comme réflexes ; car à deux faits de Lépine et de Strauss, j'en ajoute quatre rencontrés dans le traité de Durand-Fardel.

J'ai rapproché ce cas de la pneumonie compliquée d'amyotrophie et d'aphasie, que j'avais observée antérieurement en ce que les phénomènes cérébraux paraissent engendrés par un processus similaire, c'est-à-dire par une altération préalable des parois vasculaires combinée à des troubles circulatoires provenant de l'état dyscrasique du sang et de la parésie du muscle cardiaque.

Paralysie du nerf médian ; troubles trophiques. — *Gazette de Bordeaux* 1884, pages 81 et 87.

Ce fait est remarquable par une anesthésie tactile de la main en rapport avec la distribution du nerf coïncidant avec une hyperesthésie thermique, et par des troubles trophiques (bulles, ulcérations, rougeur et gonflement des doigts) développés sur les zones privées de leur sensibilité de contact. Il est le point de départ d'un exposé des recherches récentes sur la paralysie du médian et sur les lésions nutritives qu'elle entraîne.

Urémie cérébrale et gastro-intestinale : Folliculites ulcéro-gangréneuses latentes de l'intestin. — *(Gazette de Bordeaux,* 1885 ; page 334.)

En publiant cette observation, j'ai voulu plus particulièrement insister sur l'évolution parallèle d'une urémie cérébrale bien caractérisée et d'une urémie intestinale latente. Celle-ci, malgré la présence d'ulcérations et de folliculites nombreuses, n'a pour ainsi dire entraîné aucun des phénomènes morbides qu'on observe habituellement en pareil cas. J'ai montré de plus que l'intoxication urémique pouvait déterminer une congestion des vaisseaux de l'encéphale et que la théorie classique de l'anémie cérébrale et de l'intervention du cœur ne saurait être appliquée à la pathogénie des symptômes et des lésions que j'ai signalés.

Contribution à l'étude des paralysies qui surviennent dans la fièvre typhoïde ; Paraplégie et amyotrophie myélopathiques d'origine typhoïdique. — *Gazette de Bordeaux,* 1885, page 446.

Cette étude repose sur l'analyse d'un fait, qui constitue l'une des modalités les plus exceptionnelles des paralysies typhiques en raison de la systématisation probable du processus morbide au niveau des cornes antérieures de la moelle. Il m'a permis de passer en revue l'étiologie et la symptomatologie des divers troubles paralytiques qui surviennent dans la fièvre typhoïde. Il offre une analogie frappante avec celui que j'ai décrit, en 1883, et qui concerne une atrophie des membres inférieurs apparue dans la convalescence d'une pneumonie.

Insuffisance aortique sans double souffle crural ; souffle extra-cardiaque par refoulement artériel.—Autopsie : aortite généralisée ; anévrysme ancien de l'aorte thoracique descendante ; congestion apoplectiforme des poumons. — *Bulletin de la Société anat. de Bordeaux,* 1885 ; p. 191.

Dans cette observation, j'attribue l'absence du signe de Durosiez, à la perte d'élasticité artérielle déterminée par l'aortite généralisée, à l'exclusion de l'anévrysme thoracique, en raison de la non existence de ce signe dans les vaisseaux du cou.

Les caractères du souffle le classent dans les bruits extra-cardiaques ; son mécanisme diffère de celui que lui ont assigné Richardson, Potain et Choyau. La lame pulmonaire contiguë au cœur, n'était en effet retenue par aucune adhérence et correspondait à la naissance des gros troncs vasculaires partant de la base de l'organe. Le seul mouvement d'expansion qui pût lui être communiqué provenait donc d'une ampliation vasculaire puisque le souffle était systolique. Sa cause immédiate paraît avoir résidé dans l'apparition d'une congestion apoplectiforme du poumon dont les phases ont influencé nettement les modalités de ce bruit.

L'Espace semi-lunaire. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, et brochure de 36 pages. J.-B. Baillière, 1887.

C'est à l'occasion de mon cours complémentaire de *Percussion et d'Auscultation*, que j'ai recueilli chez l'homme sain ou malade, aussi bien que sur le cadavre, les matériaux qui m'ont permis de présenter les notions afférentes à ce sujet qui peuvent être utilisées pour le diagnostic.

Après avoir décrit la configuration et les rapports de l'espace de Traube à l'état normal, j'ai passé successivement en revue les modifications qu'il subit dans les affections de la plèvre et du poumon gauches, du péricarde et du cœur, du foie, de la rate et de l'estomac.

En ce qui concerne l'anatomie topographique, j'ai fait ressortir que cet espace, sous-tendu par le rebord des fausses côtes, se limite en haut par une courbe qui représente approximativement la direction du sinus phréno-costal et figure la séparation des cavités thoracique et abdominale par l'intermédiaire du diaphragme.

Au point de vue pathologique, c'est surtout dans les affections de la plèvre et du poumon gauche que ces variations sont utiles à connaître.

Dans les *pleurésies*, les collections peu abondantes déterminent une matité triangulaire à base postérieure, dont la courbe inférieure correspond à la limite du sinus costo-diaphragmatique.

Le rétrécissement de l'espace de Traube peut se combiner aux signes d'une symphyse phréno-costale; il signifie le plus souvent alors que le sinus est oblitéré par un exsudat membraneux très épais et contre-indique la thoracentèse.

Exceptionnellement, il peut rester sonore malgré l'existence d'un épanchement, lorsque les adhérences phréno-costales, plus ou moins anciennes et peu épaisses, entraînent l'immobilisation du diaphragme qui adhère souvent en même temps au poumon.

La percussion fournit alors une notion très importante en permettant de préciser la position élevée et la fixité du muscle phrénique et de faciliter le choix de l'espace intercostal où devra porter l'instrument pour éviter de l'enfoncer dans l'abdomen.

J'ai montré que dans ces faits de symphyse, la thoracentèse ou la pleurotomie doivent être pratiquées à un niveau bien supérieur à celui qu'on préconise habituellement, et que le sommet de la courbe de l'espace semi-lunaire indique, à quelques centimètres près, le plan horizontal au-dessus duquel doit porter toute intervention opératoire destinée à pénétrer dans la cavité thoracique sans atteindre le diaphragme.

Dans les chapitres suivants, après avoir insisté sur ce fait que les processus ayant le poumon pour siège exclusif n'entraînent en général que des modifications peu notables de la zone de Traube, j'ai cherché quelles étaient les circonstances où la percussion de cette zone pouvait rendre des services dans les affections du cœur et du péricarde.

La circonscription de la matité cardiaque en bas et à gauche par les deux zones de sonorité gastrique et pulmonaire, constituerait une présomption très sérieuse en faveur de l'absence d'un épanchement pleural gauche.

Les accumulations considérables de liquide dans le *péricarde* se traduisent par l'abaissement de la ligne gastro-cardiaque, à la suite du redressement graduel de la voussure du diaphragme. Souvent alors, entre cette ligne et la pointe du cœur, existe un espace rempli d'exsudat. En ponctionnant à un centimètre au-dessus de la limite inférieure de la matité, et en se rapprochant du mamelon, on évite à la fois la blessure du diaphragme et celle du cœur.

Le dernier chapitre est consacré à l'étude des modifications que font subir à l'espace semi-lunaire les augmentations de volume du foie et de la rate ainsi que les diverses affections de l'estomac.

De l'action nocive des vapeurs d'alcool absorbées par les voies respiratoires. — *Société d'Hygiène publique de Bordeaux et Revue sanitaire de Bordeaux*, 25 juin 1887.

L'observation d'un fait de broncho-pneumonie compliquée d'une attaque de *delirium tremens* dont l'origine a paru se rapporter à une intoxication de longue date par les vapeurs d'alcool, m'a permis d'attirer l'attention sur les conditions professionnelles, dans lesquelles les boissons spiritueuses exercent leur action nocive sur l'organisme en frappant, tout d'abord, par leurs émanations, les voies respiratoires.

Au point de vue pathologique, une particularité qui n'avait pas été signalée, c'est que les manifestations les plus caractéristiques de cet alcoolisme d'origine respiratoire, atteignent d'emblée le système nerveux, se révélant par une suite de troubles intellectuels, sensitifs et moteurs, dont la cause échappe généralement, et qui peuvent aboutir aux différentes formes de l'aliénation mentale.

Après avoir étudié les circonstances qui président à l'explosion de l'alcoolisme aigu par inhalations, j'ai montré que l'intoxication chronique en dérive également et j'ai insisté sur ce point, qui n'a pas été décrit, qu'en plus des localisations nerveuses et digestives, les accidents respiratoires peuvent s'y rencontrer, et déterminer plus particulièrement des phénomènes congestifs du côté des bronches et des poumons. D'autres fois il s'agit d'un alcoolisme latent qui se révèle à l'occasion d'une blessure ou d'une maladie aiguë.

Les oreillons graves d'emblée. — *Gazette hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 1888, n°s 7, 8 et 9.

Sous la dénomination d'*oreillons graves d'emblée*, je comprends un certain nombre de faits qui se distinguent par l'explosion de symptômes généraux graves dérivant d'une infection profonde de l'économie.

La fièvre et l'état typho-méningitique qui les caractérisent, évoluent parallèlement à des troubles viscéraux qui se localisent plus spécialement sur le tube digestif et ses annexes, sur les reins, parfois sur la muqueuse des voies respiratoires, exceptionnellement sur l'endocarde et le péricarde, tandis que le système nerveux participe à des degrés variables à cet ensemble morbide dont tous les traits semblent se rapporter à une infection d'origine microbienne.

Parmi les symptômes locaux, je fais ressortir l'importance de la *gastro-entérite ourlienne* dont la description me permet d'éliminer de la pathogénie, les altérations fluxionnaires ou autres du pancréas et d'en rapporter le siège habituel à la muqueuse de l'intestin. D'après un certain nombre de faits, je crois pouvoir émettre l'hypothèse que cette localisation constitue parfois à elle seule une variété d'oreillons *frustes* à forme *gastro-intestinale*.

Dans le cadre des symptômes généraux, la *fièvre* tient une des premières places. D'après l'étude de la température on reconnait qu'on se trouve en présence d'une maladie d'infection dans laquelle le processus fébrile n'est pas corrélatif des fluxions glandulaires et peut dominer à lui seul la scène morbide, dans les formes hypertoxiques où la défervescence n'arrive parfois qu'à la fin du second septénaire.

L'*état typhoïde* n'a été relaté qu'en raison de son apparition à l'époque du développement des manifestations testiculaires. Survenant *d'emblée*, dès le début des fluxions parotidiennes, il prête à des considérations importantes au point de vue du diagnostic, lequel peut osciller entre la fièvre typhoïde, la péritonite aiguë et même un empoisonnement.

J'ai cru devoir adopter l'expression d'*encéphalopathie ourlienne* pour désigner les phénomènes cérébraux qui, tout en relevant de lésions méningitiques, peuvent également reconnaître pour cause une intoxication d'origine urémique.

Le traitement est exposé dans les travaux de thérapeutique, page 32.

Les zones opto-corticales du cerveau chez l'homme. — *Gazette hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, nos 7, 8, 9, et brochure de 30 pages, 1888.

Les recherches expérimentales aussi bien que les faits cliniques ont permis de reconnaître au niveau des lobes occipitaux et pariétaux l'existence d'une zone corticale en rapport avec le fonctionnement de la vision. Trois observations qu'il m'a été donné de recueillir confirment l'hypothèse de cette aire visuelle et permettent, en les rapprochant des cas analogues, d'en préciser le siège. J'en ai tiré les conclusions suivantes :

1° Il existe, chez l'homme, deux territoires de l'écorce du cerveau plus particulièrement dévolus aux perceptions visuelles :

(*a*) La *zone externe* comprend comme centre intensif la *première* et la *deuxième circonvolution occipitales ;* le *pli courbe* et le *lobule du pli courbe* lui appartiennent chez un certain nombre de sujets.

(*b*) La *zone interne* est représentée par le *coin* et peut-être par le pied de la deuxième temporale adjacente ;

2° Les lésions qui détruisent ces deux zones *opto-corticales* dans un seul hémisphère, déterminent le plus habituellement l'*hémianopsie latérale du côté opposé,* mais peuvent également provoquer l'apparition d'une *amaurose uni-oculaire croisée*, comme je l'ai observé pour un ramollissement du *coin ;*

3° Ces symptômes peuvent se présenter avec des altérations *limitées à l'écorce* des deux zones précitées aussi bien qu'avec des foyers du *centre ovale* interrompant la continuité des faisceaux optiques qui se rendent aux mêmes zones ;

4° Les *lésions bilatérales* des sphères visuelles internes et externes s'accompagnent le plus souvent de *cécité subite et complète ;*

5° Mais l'*abolition totale* de la vision s'est rencontrée plusieurs fois dans les foyers morbides n'intéressant *qu'un seul hémisphère ;*

6° Toutes ces lésions peuvent rester *latentes,* ainsi que le démontrent plusieurs observations que je discute. Je termine en indiquant les applications que les localisations des centres visuels de l'écorce sont capables de fournir dans les traumatismes et pour l'opération du trépan.

La Coqueluche et ses formes classiques; De la dilatation du cœur droit et des accidents mortels qu'elle peut entraîner dans cette maladie. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1889.

Cette leçon est en grande partie consacrée à la description clinique de la coqueluche. De plus, j'y expose mes recherches sur les troubles cardiaques et en particulier sur la dilatation des cavités droites qui peut survenir au cours de cette maladie. On observe souvent, surtout à l'approche des quintes, des variations de rythme et d'intensité des bruits du cœur pour l'explication desquels j'ai recherché dans la compression des pneumo-gastriques par des masses ganglionnaires une explication plausible. D'autre part, des explorations répétées chez tous mes malades m'ont permis de reconnaître une ampliation du cœur portant surtout sur les cavités droites, sans hypertrophie concomitante, ainsi que l'exagération du deuxième bruit pulmonaire. Je tends à attribuer leur origine à la stase veineuse produite par les quintes ainsi qu'à une altération d'ordre nerveux. En tout cas, cette dilatation peut être la source d'indications spéciales et contre-indiquer l'emploi des médicaments capables de diminuer l'énergie de l'action du cœur.

J'ai démontré de plus qu'il existe un mécanisme de la mort différent de celui qu'on admet généralement depuis la thèse de Du Castel qui l'attribue au spasme de la glotte. Or, l'autopsie d'une enfant atteinte de coqueluche et qui portait une canule à la suite de la trachéotomie, m'a permis de reconnaître une sténose à peu près complète du larynx au-dessus de la plaie trachéale, d'où l'impossibilité d'un spasme glottique; et j'ai cru pouvoir rapporter la terminaison fatale à l'arrêt du cœur, déjà fortement dilaté dans ses cavités droites et dont l'action peut se suspendre, comme l'a signalé Wintrich, au milieu des efforts d'expiration. Cette hypothèse augmente encore l'intérêt des symptômes cardiaques que j'ai signalés au cours de la coqueluche.

Les Ascites infantiles. — Leçon publiée dans la *Gazette de Bordeaux*, 1889.

Un certain nombre de petits malades de la clinique étant atteints d'ascite, j'ai publié la leçon que j'ai faite à leur sujet.

L'ascite chez l'enfant peut reconnaître une origine péritonéale, ou bien dépendre des affections du foie, de la rate, du pancréas et du rein.

L'ascite d'origine hépato-splénique, appartient assez souvent à la cirrhose porte, avec gonflement du foie et dilatation de l'estomac; la diminution de volume de l'organe peut ne survenir qu'à une période tardive. Pas plus que chez l'adulte on ne l'observe dans la cirrhose biliaire franche dont j'expose également l'histoire succincte au sujet d'un de mes malades. L'heureuse influence du calomel, de l'iodure de potassium, permet de se demander si l'on n'est pas quelquefois, dans la première éventualité, en présence d'une manifestation de la syphilis tardive.

Les ascites aiguës sont également l'objet d'une description spéciale. Celles qu'on impute au refroidissement appartiennent souvent à des néphrites latentes, surtout scarlatineuses; ou bien elles se montrent alors chez les jeunes filles dans la période menstruelle, et dépendent parfois de l'impaludisme, survenant avec la fièvre et disparaissant par l'administration du sulfate de quinine.

Cette ascite, qui marche vers la guérison, a été l'objet d'indications thérapeutiques que j'ai exposées.

Les Paralysies de la chorée (Chorée paralysante). — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, et tirage à part, 1889.

Ce mémoire, qui repose en grande partie sur des observations personnelles et sur les leçons que j'ai faites à leur sujet à l'hôpital des enfants, se trouve résumé dans les conclusions suivantes que je cite *in extenso :*

Des symptômes parétiques s'associent assez souvent à la chorée dont ils effacent en général les mouvements incoordonnés.

Ils peuvent à eux seuls constituer l'expression unique ou prédominante de cette névrose qui devient alors la *chorée molle* ou *chorée paralysante*.

Une recherche attentive permet le plus souvent de reconnaître alors quelques mouvements désordonnés qui mettent sur la voie du diagnostic.

Les troubles les plus fréquents sont : la monoplégie brachiale, l'hémiplégie sans participation de la face, la paralysie diffuse, la paraplégie, la paralysie du voile du palais.

L'abolition des réflexes tendineux et l'absence de troubles trophiques et sensitifs s'y rencontrent presque toujours.

L'excitation faradique des muscles ne paraît subir aucune modification.

Les amyotrophies semblent survenir de préférence à la suite des fluxions articulaires.

Le *diagnostic* comporte l'élimination des affections suivantes :

1° Paralysies spinales infantiles;

2° Paralysies de la méningite tuberculeuse;

3° Paralysies des maladies aiguës (fièvre éruptive, fièvre typhoïde, rhumatisme aigu);

4° Paralysies hystériques;

5° Paralysies choréiques;

6° Paralysies post-épileptoïdes transitoires;

7° Paralysies traumatiques douloureuses.

Et pour la forme paraplégique, les paralysies du mal de Pitt, et les paralysies du rhumatisme spinal.

Le *pronostic* est toujours favorable.

Le *traitement* doit viser la *chorée* dont les mouvements peuvent apparaître à la suite des paralysies, et s'adresser à l'affaiblissement de la motricité.

L'antipyrine et les toniques, l'électrisation et l'hydrothérapie en sont les agents principaux.

Un chapitre complètement inédit de ce travail qui ne comportait, il y a trois ans, qu'une seule monographie, celle d'Ollive, concerne les paralysies de la chorée dans leurs rapports avec le rhumatisme articulaire aigu; j'y fais ressortir l'influence de la localisation articulaire sur l'atrophie des muscles que jai signalée, et qui fait l'objet d'un mémoire ultérieur sur les amyotrophies de la chorée.

La stomatite et l'angine de la varicelle. — (*Gazette hebd. de Bordeaux* et tirage à part, 1889.)

Les localisations buccales et pharyngées de la varicelle, dont aucun traité classique ne donne la description, se sont présentées chez un certain nombre de mes malades et m'ont permis d'en faire une étude d'ensemble.

Le processus débute par des vésicules éphémères rapidement remplacées par des érosions épithéliales, presque toujours *isolées*, et de périodes différentes, dont l'aspect est caractéristique. On note en même temps l'absence presque complète de *douleurs*, à l'inverse de ce que produisent les éruptions herpétiques de la bouche et de la gorge. Aussi ces ulcérations doivent-elles être recherchées.

J'émets l'hypothèse de l'existence d'un *énanthème buccal varicelleux*, sans aucune manifestation cutanée, en raison de la coexistence fréquente des stomatites légères chez des enfants placés à côté de petits varicelleux, et cela surtout parmi ceux de quinze mois à quatre ans.

L'*angine*, ordinairement légère, s'accompagne parfois d'ulcérations indolentes et éphémères.

Le diagnostic repose à la fois sur ces caractères et sur les lésions de la peau. Le processus de vésiculation amenant des érosions discrètes, isolées, à diverses périodes de leur évolution, généralement indolentes et d'une durée très éphémère, en constitue la note dominante.

Il doit se faire avec les stomatites *dentaire*, *ulcéro-membraneuse*, *herpétique*.

L'antiseptie buccale par le sublimé m'a donné d'excellents résultats.

Les amyotrophies dans les paralysies de la chorée. — (*Gazette hebd. de Bordeaux* et tirage à part, 1890.)

Des trois faits qui m'ont servi à esquisser cette étude j'ai dégagé les conclusions suivantes :

Tous les trois se rapportent à des chorées *molles* ou *paralysantes*,

circonstance dont l'importance est d'autant plus grande que ces cas d'amyotrophie sont les seuls qu'on ait relevés en relation avec la chorée.

Ces chorées paralysantes sont survenues sur des sujets atteints de rhumatisme articulaire et de cardiopathies rhumatismales.

L'atrophie musculaire paraît s'être développée de préférence à la suite de phénomènes douloureux des jointures: car elle ne s'est jamais montrée dans la chorée *paralysante* sans qu'on ait noté les douleurs articulaires ou juxta-épiphysaires au moment de son apparition.

On ne l'a jamais signalée dans la chorée classique, exempte de symptômes paralytiques.

Cette amyotrophie ne modifie pas les réflexes tendineux ordinairement abolis du fait de la chorée.

Elle peut s'accompagner de la conservation ou de l'exagération de la contractilité musculaire sous l'influence des courants faradiques.

Les Pachy-pleurites hémorrhagiques et leurs relations avec la tuberculose pulmonaire chronique. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1891, n°s 40 et 41.

La majeure partie des épanchements sanguinolents survenant sous forme de pleurésie franche ou se développant au cours de la tuberculose ou du cancer pleuro-pulmonaire, reconnaissent comme origine commune un processus de *pachy-pleurite*. (Voir, en ce qui concerne l'anatomie pathologique, page 73.)

Pour la variété dite *primitive*, on trouve généralement le tableau de la pleurésie franche et même sur-aiguë. En relation fréquente avec la *pneumonie*, elle peut l'accompagner ou lui succéder. J'en rapporte un cas appartenant à la pleurésie *méta-pneumonique*, et qui se termina favorablement après la thoracentèse. Les signes d'adhérence et de cloisonnement de la plèvre qui l'accompagnaient prouvent que cette disposition n'appartient pas seulement comme on l'admet, aux pleurésies d'origine cancéreuse.

Dans la forme chronique, le diagnostic ne peut être fait sans une ponction exploratrice; on l'a vue compliquer des affections

cardiaques, la cirrhose, etc., et elle peut revêtir l'aspect de la pleurésie purulente.

Le même ensemble symptomatique se retrouve dans la pleurésie hémorrhagique *cancéreuse*, puisque l'on a noté plusieurs fois le début brusque avec frissons, point de côté et des températures de 39°.

J'insiste surtout sur les douleurs paroxystiques indépendantes des variations de l'épanchement, et sur la dyspnée qui survit souvent à la thoracentèse, en rappelant parmi les autres signes, la dilatation des veines du thorax, l'œdème de la paroi, les engorgements des ganglions claviculaires et les chapelets de ganglions sur la partie latérale du thorax qui m'ont permis, dans un cas de pleurésie hémorrhagique se présentant sous les allures de la pleurésie franche, de faire le diagnostic, alors qu'il n'existait pas le moindre aspect cachectique qui, du reste, est loin d'être la règle.

Les pleurésies hémorrhagiques *tuberculeuses* présenteraient généralement un début brusque, fébrile et n'entraîneraient pas d'épanchement. Je me suis appuyé sur une observation personnelle pour montrer que cette pleurésie peut simuler, sous tous ses traits celle qu'occasionne le cancer, et qu'elle est susceptible de se développer au cours de la phtisie *chronique*, contrairement à l'assertion de R. Moutard-Martin.

La malade que j'ai suivie était en effet une vieille tuberculeuse chez laquelle je découvris la nature de la pleurésie après une ponction; en raison des signes très nets observés du côté des sommets, de l'absence de ganglions, de la longue évolution de la maladie, je n'hésitai pas à affirmer ce diagnostic qui fut confirmé par l'autopsie.

Je cite plusieurs faits à l'appui de cette donnée, deux entre autres tirés de Laënnec, plusieurs appartenant à Andral, à Moutard-Martin; en dernier lieu je rapporte un cas très intéressant observé chez le professeur Bouchard et qui ouvre un jour nouveau sur les relations possibles de ces épanchements hémorrhagiques avec la dothiénenterie, puisqu'un malade tuberculeux, succombant au milieu d'accidents typhoïdes, présentait des bacilles d'Eberth dans son liquide pleural sanguinolent.

Je termine ce travail par les considérations sur l'emploi de la thoracentèse en pareil cas, considérations que j'ai résumées dans le chapitre de mes études de thérapeutique (page 34).

PRINCIPALES PUBLICATIONS CONCERNANT L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Du cancer primitif de la vulve et du vagin. — *Gazette hebdomadaire,* 1875, trois numéros avec planches.

Cette monographie d'une affection qui n'avait pas été l'objet d'une description spéciale dans les auteurs français, repose sur les faits et les rares travaux épars dans les publications médicales ainsi que sur une observation personnelle. Elle comprend à la fois l'historique, l'étiologie, la symptomatologie et le diagnostic des tumeurs et des ulcérations cancéreuses qui se développent primitivement sur le conduit vulvo-vaginal. Sa partie la plus importante concerne l'anatomie pathologique qui forme ici la base de toute la symptomatologie.

Etude sur un cas d'obstruction intestinale, etc. — *Gazette médicale,* 1875 avec planche.

En plus de l'intérêt que comporte l'évolution de la maladie, ce fait constitue une modalité anatomo-pathologique exceptionnelle, puisqu'elle n'a été rencontrée que deux fois par Fleury et par Cruveilhier (bride insérée sur une anse d'intestin par ses deux extrémités). La présence d'un liquide muco-sanguinolent glutineux dans le bout supérieur ainsi que l'absence de gaz, qui confirment les recherches de mon maitre Nicaise, démontrent la difficulté d'aspirer le contenu de l'intestin avec un trocart capillaire.

Du cancer de l'apophyse mastoïde. — *Annales des maladies du larynx,* 1875.

Etude de symptomatologie et d'anatomie pathologique d'après une observation recueillie dans le service de Demarquay.

Le sarcôme du lobule de l'oreille. — *Gazette médicale*, 1875.

Il s'agit d'une tumeur sarcomateuse enlevée par Nicaise et qu'on a très rarement l'occasion de rencontrer lorsqu'il n'existe pas de cicatrices ou de déchirures consécutives à l'emploi des boucles d'oreilles.

Dilatation des trompes; Corps fibreux comprimant les canaux tubaires à leur origine : avec observation à l'appui. — *Société anatomique de Paris*, 23 avril 1875.

Tumeur symétrique des corps striés; mort subite. Avec observation à l'appui. — *Société anatomique de Paris*, 11 mai 1877.

Végétations sur les valvules aortiques et sur l'endocarde. Petit anévrysme de l'artère sous-clavière ayant coïncidé avec la disparition subite du pouls. — *Société anatomique de Paris*, 14 décembre 1877.

Ce fait accompagné d'une observation détaillée, peut être assez exactement comparé à celui qu'a rapporté M. Legroux et qu'il considérait comme unique dans la science. (*Société des hôpitaux*, 24 octobre 1884).

De la péritonite aiguë généralisée primitive, etc. — *Thèse de Doctorat*, Paris 1878.

Les observations qui m'ont servi pour la rédaction de ce travail ont été pour la plupart suivies d'un examen anatomo-pathologique très complet qui m'a permis d'éliminer toutes les causes connues de l'inflammation du péritoine.

L'une des données qui s'en dégagent est l'absence d'épanchement ascitique dans les cas franchement inflammatoires, ainsi que l'avait du reste affirmé Besnier.

Hémiplégie motrice des membres gauches. Ramollissement occipital, etc. *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1882, pages 359 à 374.

L'analyse des symptômes que j'ai exposée précédemment m'a permis d'écarter l'hypothèse de leurs relations avec le ramollissement ancien du lobe occipital et de les rapporter à l'œdème rapide de l'encéphale qui seul pouvait les expliquer en l'absence de lésions cardiaques et rénales et du développement tardif d'une apoplexie pulmonaire également constatée à l'autopsie.

Endocardite ulcéreuse de la valvule tricuspide au cours d'un ictère grave. — *Bulletin de la Société anatomique de Bordeaux*, 1882.

Cette ulcération siégeant sur un endocarde altéré présente un double intérêt, tant par la localisation du processus à la valvule auriculo-ventriculaire droite que par les considérations qui s'en dégagent au point de vue de l'influence de l'intoxication d'origine hépatique sur la membrane interne du cœur.

Etude anatomo-pathologique sur un cas de gangrène des extrémités. — *Bulletin de la Société anatomique de Bordeaux*, 1882.

J'ai cité ce cas comme le précédent, au sujet de mes recherches cliniques. On y trouve exposées les différentes altérations vasculaires qui ont entraîné l'apparition de la gangrène à laquelle la dégénérescence graisseuse du cœur est venue prêter son complément d'action.

De l'hémiplégie homonyme de la face et des membres dans les lésions en foyer de la protubérance annulaire. — J.-B. Baillière, 1883.

Le fait qui sert de base à cette étude a été présenté à la Société anatomique de Bordeaux et se remarque par l'exacte circonscription d'un foyer de ramollissement à la zone occupée dans la protubérance par le faisceau pyramidal. Son analyse, très détaillée,

m'a permis, en le rapprochant de dix observations que j'ai pu recueillir. de déterminer un point encore obscur des localisations protubérantielles, que j'ai déjà esquissé dans l'exposé de mes travaux cliniques. Les lésions ayant entraîné cette hémiplégie de tout un côté du corps occupaient l'étage *supérieur* et surtout l'étage *moyen*.

Quant à l'existence de la paralysie généralement très incomplète de la face, j'ai cherché à l'expliquer par la disposition du faisceau *géniculé* qui descend obliquement vers la région des noyaux moteurs du bulbe, de sorte que, plus on se rapproche de l'étage inférieur du mésocéphale, moins il y aura de fibres de ce faisceau comprises dans la lésion. Il en résulte que les fibres cortico-bulbaires qui vont provoquer les mouvements de la face, de la langue et peut-être du voile palatin, étant plus facilement comprises en masse dans un foyer des parties supérieures, la paralysie de la face sera dans ces cas à peu près complète ; elle sera moins appréciable au contraire et souvent dissociée quand les lésions siègeront à des niveaux inférieurs.

Ces données ont reçu leur consécration dans le dernier volume des cliniques du professeur Picot.

L'Ictère grave sporadique curable. — Bordeaux, 1884.

A propos des complications cardiaques, je signale, dans cette monographie, (page 27), le cas d'un malade que j'ai suivi, et qui présenta, le vingt et unième jour d'un ictère typhoïde, des signes d'endocardite, laquelle fut confirmée par l'examen *post mortem*, car on trouva des végétations récentes sur la valvule mitrale. Plusieurs faits analogues prouvent que l'inflammation de l'endocarde peut se rencontrer au cours de l'ictère grave.

Urémie cérébrale et gastro-intestinale, etc. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1885.

Les folliculites ulcéro-gangréneuses trouvées dans l'intestin de ce malade se rapportaient de toute évidence à l'élimination par la muqueuse, des produits toxiques accumulés dans le sang, et

ressemblaient aux descriptions qu'en ont faites Treitz et Cornil et Ranvier. J'ai déjà montré ce qu'avait eu d'insolite leur évolution complétement latente, et je rappelle que j'ai également insisté sur la présence d'une congestion cérébrale intense et sur l'intégrité du cœur, comme manifestations anatomo-pathologiques exceptionnellement signalées dans l'urémie cérébrale.

Maladies cryptogamiques et microbiennes de la peau; de l'article Peau, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1885), pages 123-125 et pages 131 à 144.

La première partie de ce travail comprend le parisitisme normal et pathologique; on y trouve la première monographie de l'*actinomycose* cutanée.

La seconde partie résume les recherches récentes de bactériologie appliquées à la dermatologie. Aucune étude d'ensemble sur ce sujet n'avait encore paru dans les publications scientifiques. M. le professeur Masse a bien voulu m'en charger afin de l'intercaler dans l'article *Peau* dont il est l'auteur.

Je n'ai rangé dans ce cadre que les maladies cutanées dans lesquelles le processus microbien peut être considéré comme une note constante.

Dans les *affections microbiennes aiguës*, je passe successivement en revue les vésico-pustules et les tournioles, la folliculite agminée, le bouton de Biskra, le furoncle et l'anthrax, la lymphangite aiguë et le phlegmon diffus superficiel, la gangrène, l'érysipèle, les fièvres éruptives (variole, vaccin, rougeole, scarlatine); le pemphigus, la diphtérie cutanée, la pustule maligne, la morve, l'ulcère phagédénique des pays chauds.

Les *affections microbiennes chroniques* de la peau forment un groupe qu'on peut détacher aujourd'hui de l'histoire des tumeurs, et comprennent : le lupus vulgaire et les autres tuberculoses des téguments, la syphilis cutanée, la lèpre, le rhinosclérome, les verrues et le xanthélasma.

Insuffisance aortique sans double souffle crural, etc; Souffle extra-cardiaque par systole artérielle. Autopsie. — *Bulletin de la Société anatomique de Bordeaux*, septembre 1885.

Par les constatations cadavériques faites chez cet homme, j'ai pu reconnaître l'influence de l'aortite généralisée snr l'absence du double souffle de Durosiez, et celle de l'expansion systolique des vaisseaux de la base du cœur sur un poumon présentant une congestion apoplectiforme, comme cause d'un souffle extra-cardiaque sans que le poumon fût retenu par des adhérences.

J'ai décrit de plus une tumeur anévrysmale ancienne de l'aorte thoracique descendante qui n'était accompagnée d'aucun symptôme appréciable.

L'espace semi-lunaire. — Bordeaux, 1887.

Je rappelle que c'est par une série d'investigations cadavériques que j'ai pu préciser les données d'anatomie topographique relatives à l'espace de Traube et contrôler dans un certain nombre d'autopsies d'épanchements pleuraux et péricardiques, les résultats que j'ai déjà eu l'occasion d'exposer.

Les zones opto-corticales du cerveau chez l'homme. — Bordeaux, 1888.

Ce travail repose aussi en grande partie sur la description anatomo-pathologique des lésions cérébrales rencontrées au niveau des lobes occipito-pariétaux. J'ai présenté les conclusions auxquelles ces recherches, combinées à l'examen des malades, m'avaient conduit en contribuant à fournir quelques preuves de plus à la doctrine des localisations sensorielles dans le cerveau.

La Coqueluche et ses formes classiques. — De la dilatation du cœur droit, etc. — *Gazette hebd. de Bordeaux*, 1889.

J'ai rapporté à la fin de ce mémoire la relation d'un cas de coqueluche observé chez une jeune fille ayant subi un an auparavant la trachéotomie pour le croup. La mort étant survenue au milieu de quintes asphyxiques, j'ai reconnu que la cavité du larynx s'était oblitérée par suite du séjour de la canule depuis l'opération, ce qui écartait péremptoirement l'hypothèse de la mort par un spasme glottique, comme l'admet Du Castel.

La dilatation du cœur droit m'a semblé devoir être invoquée pour expliquer cette terminaison dans un certain nombre de cas.

Cécité subite occasionnée par un ramollissement de la zone visuelle du lobe occipital gauche. — *Gazette hebd. de Bordeaux*, 16 août 1891.

La localisation occipitale du ramollissement avait été diagnostiquée chez cette malade d'après l'apparition brusque de la cécité, et jai constaté à l'autopsie l'existence d'un foyer au niveau de la région du *coin* du lobe occipital gauche.

Ce fait vient à l'appui des rares données que nous possédons sur les relations du *cuneus* avec l'exercice de la vision chez l'homme, et j'en cite un cas dans mon mémoire sur les *zones opto-corticales* où j'attribue aux lésions de cette région *interne* la même influence sur les troubles visuels que celles de la *zone externe*, comprenant comme centre intensif la première et la deuxième circonvolution occipitales.

Je décris ensuite l'observation et la nécropsie de cette malade.

Les Pachy-pleurites hémorrhagiques et leurs relations avec la tuberculose pulmonaire chronique. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1891, n°s 40 et 41.

Dans cette étude des pleurésies hémorrhagiques qui n'avait pas encore été faite au point de vue de la pathologie sénile, je passe en revue les épanchements dit primitifs, en indiquant leur dépendance possible du pneumocoque, de la tuberculine ou du bacille

de Koch. De même les épanchements observés dans la cirrhose pourraient très bien reconnaître une origine tuberculeuse. L'étude bactériologique seule pourra trancher la question.

Mais la partie originale de ce travail repose sur la constatation anatomo-pathologique des relations de la pleurésie hémorrhagique avec les lésions de la tuberculose pulmonaire chronique, relation complètement niée par R. Moutard-Martin dans sa thèse.

L'observation que je rapporte est parfaitement démonstrative à cet égard; elle n'est pas isolée, car j'en ai trouvé deux autres dans Laënnec, plusieurs même sont empruntées au travail précité.

J'établis ensuite que l'hématome pleural peut coïncider avec la présence de tubercules du côté de l'épanchement, ou bien n'offrir d'autres lésions que des fausses membranes très vascularisées d'un côté tandis que du côté opposé seulement se constate l'existence de foyers tuberculeux. Il s'agit alors de poussées de tubercules sub-miliaires survenant dans le cours d'une tuberculisation plus ancienne ; cette pachy-pleurite, primitive en apparence, paraît représenter assez nettement ces épanchements hémorrhagiques de la plèvre que Virchow a signalés à la suite des injections de tuberculine chez les animaux comme chez l'homme. En tout cas les études microscopiques, les cultures et les inoculations permettront sans nul doute d'apporter à cet égard des notions plus précises. Je cite enfin le fait récent observé par Charrin et Roger, dans le service du professeur Bouchard, et dans lequel une pleurésie hémorrhagique coïncidait avec des cavernules aux sommets et des noyaux de broncho-pneumonie tuberculeuse, chez un malade qui était entré à l'hôpital avec des symptômes typhoïdes. Les cultures permirent de reconnaître dans le liquide la présence du bacille d'Eberth, et les expérimentateurs se sont demandés s'il ne s'agissait pas en pareil cas d'une détermination pleuro-pulmonaire typhoïdique favorisée par une tuberculose.

HYGIÈNE

Les mesures de désinfection à prendre dans les maladies contagieuses, principalement dans la variole. — *Bulletin de la Société d'hygiène de Bordeaux*, 1881, page 22.

Dans cette communication, j'ai étudié les moyens de désinfection les plus propres à neutraliser les germes infectieux, à ménager les objets contaminés, à être employés facilement et économiquement.

Passant en revue les agents chimiques et physiques, j'ai ensuite résumé la description des appareils et leur utilisation suivant les ressources et les moyens de chauffage.

J'insiste sur la nécessité de recourir à un système transportable permettant de réaliser la désinfection à domicile.

Dans les conclusions, je demande que ces mesures soient appliquées à bref délai pour les maladies contagieuses et surtout pour la variole, que l'on emploie des appareils mobiles, qu'un arrêté interdise la circulation des vêtements, linges, etc., ayant appartenu à des varioleux, et qu'on engage les familles à réclamer la désinfection dans les maladies contagieuses et surtout dans la petite vérole.

Les hôpitaux d'enfants dans les grandes villes. — *Société d'hygiène de Bordeaux*, 1883.

J'ai examiné au sujet de cette étude les questions les plus importantes concernant la création d'un hôpital d'enfants. Le choix d'un emplacement hors ville, la séparation des pavillons, construits d'après le système Tollet, l'affectation de salles distinctes et même de services bien isolés pour la diphtérie et les

autres maladies transmissibles, avec une étuve de désinfection et un matériel spécial de transport, sont les idées dominantes qui m'ont guidé dans ce travail, édifié à l'aide des statistiques et sur les résultats que j'ai pu constater, à la suite de mes collègues, pendant mon internat à l'hôpital des Enfants de Paris, et reposant sur les résultats favorables donnés à l'étranger par le mode d'hospitalisation que je réclamais.

Le scorbut dans la marine marchande. — Nécessité de créer un contrôle médical des approvisionnements; à propos des épidémies développées sur trois bâtiments du port de Bordeaux. — *Société d'hygiène publique de Bordeaux* et tirage à part, 1884.

En étudiant les conditions qui avaient présidé à l'apparition du scorbut sur ces navires, j'ai pu reconnaître que cette maladie avait pris naissance sous l'influence prépondérante d'une alimentation insuffisante comme qualité ou comme quantité, et de l'absence de vivres frais ou de substances qui remplissent le même but. Je suis arrivé à formuler ces conclusions après avoir examiné toutes les causes imputables au milieu extérieur, aux navires et à l'état de santé de leurs marins.

L'importance de la misère alimentaire comme facteur étiologique ressort nettement de la résistance spéciale du personnel bien nourri, car sur chacun de ces voiliers, le capitaine, le second, le cuisinier et le mousse, quand il s'en est trouvé, n'ont pas éprouvé la moindre atteinte du scorbut.

Je passe en revue les moyens alimentaires à mettre en œuvre pour écarter cette maladie et j'insiste sur la nécessité d'une inspection médicale des approvisionnements dont le choix est laissé à des commissions d'armateurs et de capitaines au long-cours, nécessité reconnue du reste par la Société de médecine publique en 1879.

Empoisonnement par les moules. — *Société d'hygiène et Revue sanitaire* 1884, p. 28.

Rapportant plusieurs faits dont j'ai été témoin, je rappelle que les lésions sont assez analogues à celles de la cantharidine, et que les empoisonnements peuvent survenir chez des personnes ayant toujours mangé impunément de ces mollusques. Une modification des tissus et la formation de ptomaïnes semblent le point de départ des accidents qu'on observe en pareil cas.

Note sur les trois épidémies de choléra qui se sont développées à Bordeaux en 1832, 1849 et 1854. — *Revue sanitaire du Sud-Ouest*, 1884, page 133.

J'ai présenté dans cet exposé les principaux caractères de ces épidémies, en me basant sur les remarquables rapports de Bonnet de M. Levieux et de H. Gintrac.

J'ai fait ressortir une notion intéressante : c'est que le choléra possède à Bordeaux quelques lieux d'élection qui pourraient encore constituer d'excellents terrains de culture et de propagation pour les germes spécifiques. La sollicitude des hygiénistes doit donc principalement viser la salubrité de ces quartiers.

L'empoisonnement par les champignons réputés inoffensifs. Prophylaxie des empoisonnements causés par les espèces vénéneuses. — *Société d'hygiène et Revue sanitaire de Bordeaux,* 25 décembre 1884.

Les champignons comestibles sont susceptibles de provoquer des phénomènes d'intoxication, ainsi que l'affirme Tardieu, ainsi que le prouve le fait que j'ai publié dans cette communication.

Je rappelle à ce sujet que certaines espèces, comme les helvelles, réputées inoffensives, ont pu causer la mort dans deux cas et des accidents graves chez douze personnes. D'après Bostrœm,

il semble que la cuisson détruise les principes toxiques qu'elles contiennent, puisque dans des circonstances analogues, les phénomènes d'empoisonnement se sont montrés chez neuf personnes qui toutes avaient mangé des morilles simplement lavées à l'eau froide.

Parmi les mesures prophylactiques, une place doit être faite à l'interdiction de la vente des champignons desséchés et pulvérisés qui échappent à toute garantie.

J'examine ensuite les moyens à employer pour éviter les empoisonnements : organisation d'une surveillance, vulgarisation de notions élémentaires sur les espèces vénéneuses, etc.

Le coup de chaleur respiratoire. — *Société d'hygiène de Bordeaux et Revue sanitaire du Sud-Ouest*, 1886.

J'ai pensé qu'il serait utile à propos d'un fait que j'avais suivi, de dissocier, parmi les accidents imputables à des températures élevées, ceux qui pouvaient survenir dans des milieux viciés et dont l'asphyxie paraît être un facteur important. Les phénomènes signalés chez un certain nombre de malades, comparés à ceux que donne chez les animaux le séjour dans une étuve surchauffée, permettent de se rendre compte de la pathogénie de cette variété du coup de chaleur, en admettant une souffrance initiale au niveau des extrémités périphériques des nerfs pulmonaires. Ce point de départ respiratoire s'observait nettement dans plusieurs expériences inédites du laboratoire du professeur Jolyet. La même filiation morbide se déroule assez souvent chez l'homme où elle m'a paru reconnaître une pathogénie à peu près identique à celle des cas expérimentaux que je cite.

Une indication capitale en est la conséquence : c'est de pratiquer la respiration artificielle chez les malades frappés du coup de chaleur asphyxique survenant plus particulièrement dans des milieux viciés, tels que ceux que constituent les agglomérations humaines et principalement les *troupes en marche*.

De l'action nocive des vapeurs d'alcool. — *Société d'hygiène de Bordeaux* et *Revue sanitaire du Sud-Ouest*, 1887.

J'ai déjà résumé les parties de ce mémoire afférentes à la pathologie interne.

En ce qui concerne l'hygiène, j'ai voulu attirer l'attention sur les circonstances dans lesquelles la respiration des vapeurs d'alcool est susceptible d'entraîner des accidents aigus, et plus souvent les troubles multiples de l'intoxication chronique. Et j'ai passé en revue les conditions multiples, et surtout professionnelles, qui peuvent y donner lieu, insistant d'une manière spéciale sur les symptômes d'alcoolisme, sur les troubles cérébraux entre autres, qu'on observe assez souvent chez les dégustateurs, et surtout chez ceux qui, n'absorbant le liquide qu'en minime quantité, se servent principalement pour justifier leur appréciation de leurs qualités olfactives.

Quoiqu'il en soit, je crois avoir mis en évidence le danger que courent certains employés ou ouvriers des distilleries qui, sans se livrer au moindre excès alcoolique, n'en sont pas moins susceptibles de présenter tous les degrés et toutes les formes de cette intoxication avec une prédominance très marquée des accidents broncho-pulmonaires.

Rapport sur les améliorations à réaliser dans les hôpitaux de Bordeaux, présenté au nom de la Réunion médico-chirurgicale, 1889.

Ce rapport énumère l'ensemble des desiderata formulés par les médecins et les chirurgiens des hôpitaux. Je citerai, dans le nombre, les conclusions adoptées dans le but de parer à l'encombrement de l'hôpital Saint-André, et qui consisteraient dans le transfert de la clinique d'accouchements, dans la création d'un asile de convalescents, dans l'agrandissement des services d'incurables et de vieillards, en attendant qu'on construise un nouvel hôpital qui seul pourra répondre à l'accroissement continu de la population.

En réclamant ensuite des services d'isolement, la réunion s'est occupée des mesures de désinfection à réaliser et a demandé, entre autres, qu'elle soit assurée au moyen d'une étuve et par la vapeur d'eau sous pression.

La question de l'hospitalisation des tuberculeux, envisagée sous ses divers aspects, a été résolue pour le présent dans le sens de l'affectation de services spéciaux destinés aux phtisiques, et, pour l'avenir, dans celui de l'édification d'un hôpital à la campagne.

Le rapport examine ensuite les modifications à apporter dans la clinique d'accouchements suivant les hypothèses de son maintien à Saint-André ou de son transfert dans un autre emplacement.

Dans le premier cas, l'idée dominante a été d'assurer à l'infirmerie un isolement effectif; mais ce palliatif ne saurait écarter la nécessité d'une nouvelle clinique, dont la construction, d'après M. Levieux, serait un bienfait. Aussi les conclusions suivantes ont-elles été unanimement adoptées:

1° que la clinique d'accouchement soit éloignée de l'hôpital Saint-André;

2° qu'elle soit située dans un emplacement qui en permette l'isolement, avec une infirmerie complètement isolée et desservie par un personnel spécial.

Viennent ensuite les nombreuses questions afférentes à l'antiseptie des instruments, à la salle d'autopsie, à l'évacuation des déjections, etc.

Enfin, les modifications indispensables à obtenir dans les divers services de Pellegrin, et, en particulier, la création d'un service complet de désinfection, terminent ce travail qui résume la plupart des applications récentes des doctrines pastoriennes à l'hygiène hospitalière.

Bordeaux. — Imprimerie du Midi, 91, rue Porte-Dijeaux.